

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa Idosa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação da Dor Crónica na Pessoa Idosa

Daniel David Rosa Frutuoso

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa Idosa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação da Dor Crónica na Pessoa Idosa

Daniel David Rosa Frutuoso

Professora Doutora Graça Melo

2013



DEDICATÓRIA

Dedico o presente relatório à Equipa Multidisciplinar da Dor do Hospital Santa Maria e à Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade da Lourinhã.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AGS – *American Geriatrics Society*

DGS – Direção Geral de Saúde

ICSI – *Institute for Clinical Systems Improvement*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MS – Ministério da Saúde

NGC – *National Guideline Clearinghouse*

O.E – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACSLAC – *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*

RNAO – *Registered Nurses Association of Ontário*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMD – Unidade Multidisciplinar da Dor

RESUMO

O presente relatório de estágio, com a temática “avaliação da dor crónica na pessoa idosa”, tem como finalidade, demonstrar aquele que foi o percurso percorrido de forma a promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Lourinhã e Lares com utentes em comum.

A dor crónica é um sintoma comum entre os idosos, quaisquer que seja o contexto em que vivem e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. O significado da dor é subjetivo e à semelhança dos outros sinais vitais, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular (dor como o 5º Sinal Vital), de forma a otimizar a terapêutica, melhorar a qualidade de vida dos clientes idosos e dar segurança à equipa prestador de cuidados.

Como experiência subjetiva, a dor deve ser avaliada e medida pelo que o cliente exprime, sendo as escalas de autoavaliação um recurso essencial. Quando existem dificuldades de comunicação, para além de outros dados e informações do cuidador, as escalas comportamentais são um recurso na avaliação de comportamentos sugestivos de dor na pessoa idosa.

De forma a desenvolver competências necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa com dor crónica e implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica na UCC Lourinhã e Lares com utentes em comum, foram realizados estágios em dois contextos diferentes: (1) Unidade Multidisciplinar da Dor - Santa Maria de 16 a 31 de Outubro; (2) UCC-Lourinhã de 5 de Novembro a 19 de Fevereiro.

Como resultados da intervenção, verificou-se a implementação da avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa na UCC Lourinhã, com melhorias ao nível da avaliação da dor, registos no Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem (SAPE), criação de indicadores de resultado e base de dados, criação de um instrumento de referenciação para o clínico/consulta da dor e disponibilização dos contatos privilegiados da Consulta da Dor do CHO-Torres Vedras. Foi também possível melhorar a avaliação e registo da dor na pessoa idosa nos Lares, com utentes em comum com a UCC, aos quais foram também disponibilizadas ferramentas de avaliação/registo/articulação.

As palavras-chave do trabalho são: *assessment*, *older* e *chronic pain*.

ABSTRACT

The present report, with the thematic “chronic pain assessment in the elderly”, has as its main purpose, the demonstration of the course taken toward the provision of good nursing care to the elderly person with chronic pain, at the community care unit in Lourinhã, as in the elderly home institutions from this location that have patients in common with this care unit.

Chronic pain is a common symptom among the elderly, regardless of the context in which they live in and can have an enormous impact in their quality of life. The significance of pain is subjective and in resemblance with all the other vital signs, the evaluation and registration of the intensity of the pain itself must be continuous and regular (pain as the fifth Vital Sign) in order to optimize therapy, improve quality of life of all elderly people and provide security to all those who as a team provide care.

As a subjective experience, pain must be assessed and measured by what the patient (client) expresses, being that the self-evaluation scales constitute an essential source. When there are communication difficulties, in addition to the other data and information given by the main provider, the behavioural scales constitute an important resource in the evaluation of any behavior that may indicate pain in the elderly person.

In order to develop the skills needed to provide specialized medical and surgical nursing care for the elderly with chronic pain and to implement good nursing practices upon these people at the UCC-Lourinhã and elderly homes with patients in common, internships were conducted in two different contexts: (1) multidisciplinary pain unit at Santa Maria Hospital from the 16th to the 31st of October; (2) UCC-Lourinhã from the 5th of November to the 19th of February.

As a result of the intervention, it has been verified an implementation of the evaluation and registration of chronic pain in older people at UCC-Lourinhã, with improvements in the assessment of pain evaluation in Application System for Nursing Practice (SAPE), the creation of result indicators and database, the indication of a reference instrument for clinical/ consult of pain and availability of the privileged contacts of the pain consult in CHO-Torres Vedras. It was also possible to improve the evaluation and registration of pain in the older people of elderly homes that had patients in common with the UCC and for those, there were also provided instruments of evaluation, registration and articulation.

The key words in this report are: assessment, older and chronic pain.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO DA LITERATURA	14
1.1 Contextualização do problema	14
1.2 A pessoa idosa com dor crónica	18
1.3 Avaliação da dor na pessoa idosa	20
1.4 Envolvimento do cliente e família no controlo da dor	29
2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	33
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	35
3.1 Desenvolvimento de competências necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa idosa com dor crónica – Unidade Multidisciplinar da Dor.	35
3.2 Implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na Unidade de Cuidados na Comunidade da Lourinhã e Lares com utentes em comum.	39
3.2.1 Unidade de Cuidados na Comunidade	39
3.2.2 Lares	56
4. COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO	66
5. LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	70
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ANEXOS

Anexo 1. Autorização de estágio na UMD do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Anexo 2. Autorização de estágio na UCC da Lourinhã

Anexo 3. Questionário de Estado de Saúde SF-12v2

Anexo 4. Apreciação de estágio na UMD

Anexo 5. Escala PACSLAC-PT

Anexo 6. Declaração de formação na sessão: “avaliação e registo da dor no idoso”

Anexo 7. Declaração de formação na sessão: “resultados da implementação da avaliação da dor na UCC-Lourinhã e Lares”

Anexo 8. Declaração de formação na sessão: “dor crónica – avaliação e gestão; manuseio de fármacos”

Anexo 9. Certificado de presença nas Jornadas do Hospital Garcia de Orta

APÊNDICES

Apêndice 1. Diapositivos da formação “escalas de avaliação da dor no idoso”

Apêndice 2. Impresso de registo de avaliação da dor

Apêndice 3. Impresso da História da Dor

Apêndice 4. Grelha de avaliação aos registos da Auditoria 0 na UCC

Apêndice 5. Questionário da Auditoria 0 aplicada na UCC e Lares

Apêndice 6. Diapositivos da formação “avaliação e registo da dor no idoso”

Apêndice 7. Pasta Individualizada para registo de avaliação da dor nas visitas domiciliárias e impresso de registo

Apêndice 8. Questionário final aplicado na UCC e Lares

Apêndice 9. Diapositivos da formação “resultados da implementação da avaliação da dor na UCC- Lourinhã e Lares”

Apêndice 10. Estudo de caso A

Apêndice 11. Estudo de Caso B

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. População residente em Portugal Continental que tem ou já teve dor crónica (2005/2006)	16
Gráfico 2. Distribuição do número de idosos inscritos no centro de saúde da Lourinhã, por idade e género	41

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa	23

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Escada analgésica modificada para o tratamento da dor	28

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Resultados do questionário da Auditoria 0 aplicado na UCC	43
Tabela 2. Resultados do questionário da Auditoria final aplicado na UCC	54
Tabela 3. Resultados do questionário da Auditoria 0 aplicado nos Lares	57
Tabela 4. Resultados do questionário da Auditoria final aplicado nos Lares	62

INTRODUÇÃO

Este relatório visa descrever o trabalho de projeto desenvolvido na Unidade Curricular Estágio com Relatório que decorreu durante o 3º Semestre, correspondendo à operacionalização e desenvolvimento do projeto de estágio desenhado na UC Opção II/Estágio, do 2º Semestre. A finalidade da Opção II/Estágio foi desenvolver competências que permitissem cuidar de pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada, e sua família, em contexto intra e extra hospitalar na área da enfermagem médico-cirúrgica, vertente de especialização na pessoa idosa. Foi recomendado que o estudante tivesse uma experiência extra-hospitalar e intra-hospitalar. Deste modo, o estágio decorreu em dois momentos diferentes:

- (1) Ambiente intra-hospitalar na Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria, que decorreu de 16 a 31 de Outubro de 2012.
- (2) Ambiente extra-hospitalar na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Lourinhã, que decorreu de 5 Novembro de 2012 a 19 de Fevereiro de 2013.

A temática central do relatório é a avaliação da dor crónica na pessoa idosa, a qual se reveste de grande importância uma vez que a dor crónica na pessoa idosa é subvalorizada e sub-tratada, tendo repercussões na sua saúde e bem-estar, assim como na qualidade de vida. Para além do prejuízo para o idoso, a não avaliação e gestão ineficaz da dor crónica acarreta maiores consumos de serviços de saúde e uma sobrecarga para a família cuidadora.

A finalidade do estágio foi promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem, referenciadas na literatura, em orientações, normas e por organismos de reconhecida idoneidade, à pessoa idosa com dor crónica.

Os objetivos gerais do estágio foram os seguintes:

1. Desenvolver competências necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa idosa com dor crónica.
2. Implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na UCC da Lourinhã e Lares com utentes em comum.

De forma a sustentar a temática do relatório foi realizado um enquadramento teórico que resultou de pesquisas em bases de dados científicos disponíveis na Ordem dos Enfermeiros (O.E), na sua área reservada, nomeadamente EBSCO host – *Research databases* e B-on – biblioteca do conhecimento online. Foram também efetuadas pesquisas em alguns *sites* com evidência na temática da dor. Como palavras-chaves foram escolhidas: *assessment*, *older* e *chronic pain*.

A apresentação do relatório está estruturada da seguinte forma:

- Revisão da Literatura:
 - Contextualização do problema;
 - A pessoa idosa com dor crónica;
 - Avaliação da dor na pessoa idosa;
 - Envolvimento do cliente e família no controlo da dor.
- Procedimentos formais e éticos.
- Implementação do projeto:
 - Desenvolvimento de competências necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa idosa com dor crónica – UMD;
 - Implementação de boas práticas nos cuidados enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na UCC-Lourinhã e Lares com utentes em comum.
- Competências de enfermeiro especialista – avaliação do estágio.
- Limitações e perspetivas futuras.
- Considerações finais.

O relatório de estágio foi elaborado de acordo com o “guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA”, da ESEL (Godinho, 2012).

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Contextualização do problema

O entendimento da dor como um problema de saúde importante progrediu bastante nos últimos anos. Dos tempos antigos, em que a dor era vista como parte inevitável da vida, em que os homens só a podiam influenciar parcialmente devido à sua etiologia presumivelmente sobrenatural, aos tempos modernos, foi desenvolvido um conceito fisiológico onde o controlo da dor é agora possível (White e Stein, 2010).

Para Patel (2010, p.9) a “dor não é apenas uma sensação desagradável, mas também uma modalidade sensorial complexa essencial à sobrevivência”.

A dor é um sintoma que acompanha de uma forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde e define-se como: “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial” (Direção Geral de Saúde - DGS, 2003, p.3).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2011) define a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”. Uma definição que é “bastante sucinta, mas abrange a complexidade do processo da dor, contradiz as definições excessivamente simplistas, segundo as quais a dor é um evento meramente nociceptivo, e ainda chama a atenção para as diversas influências psicológicas” (Traue, Jerbe-Bretzke e Hrabal, 2010, p. 14).

O significado da dor é subjetivo, dependendo da avaliação cognitiva que o indivíduo faz do acontecimento como um todo, o que constitui um fator importante, o qual vai determinar o comportamento da pessoa com dor (Bastos, 2005).

Segundo a *American Geriatrics Society* (AGS, 2002) existem quatro categorias básicas que originam a maioria das síndromes da dor: (1) DOR NOCICEPTIVA- pode ser visceral ou somática e normalmente deriva da estimulação dos recetores da dor; (2)

DOR NEUROPÁTICA- resulta do processo psicopatológico que envolve o sistema nervoso central e parietal; (3) DOR MISTA OU INESPECÍFICA- usualmente relacionada como tendo mecanismos mistos ou desconhecidos; (4) CONDIÇÕES RARAS- em que os problemas psicológicos são responsáveis pela origem, gravidade, exacerbação ou persistência da dor.

No que respeita à duração a dor, esta pode ser aguda ou crónica. A dor aguda como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática é habitualmente limitada no tempo. Ao invés, a dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é muitas vezes rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. Independentemente do tipo, a dor induz sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se de forma negativa na qualidade de vida dos doentes (DGS, 2003).

A AGS (AGS, 2009) com base em Weiner e Herr (2002, p.1331) clarificam a preferência do termo “*persistent pain*” pelo termo “*chronic pain*”:

dor persistente, por definição, continua por um período prolongado de tempo e pode ou não estar associado com um processo de doença bem definido. Na literatura médica, o termo dor persistente e dor crónica têm sido usadas alternadamente, mas o novo termo, dor persistente, é preferido, porque não está associado com atitudes negativas e estereótipos que clínicos e doentes muitas vezes associam com o rótulo da dor crónica.

Apesar disso, optei pelo termo dor crónica, uma vez que é o termo mais utilizado na literatura portuguesa, em particular: (1) Dor – Guia Orientador de Boa Prática (O.E, 2008); (2) Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008); (3) A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor (DGS, 2003); (4) Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor Crónica na pessoa idosa (DGS, 2010).

A dor crónica é considerada quando “de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem” (DGS, 2010, p.8).

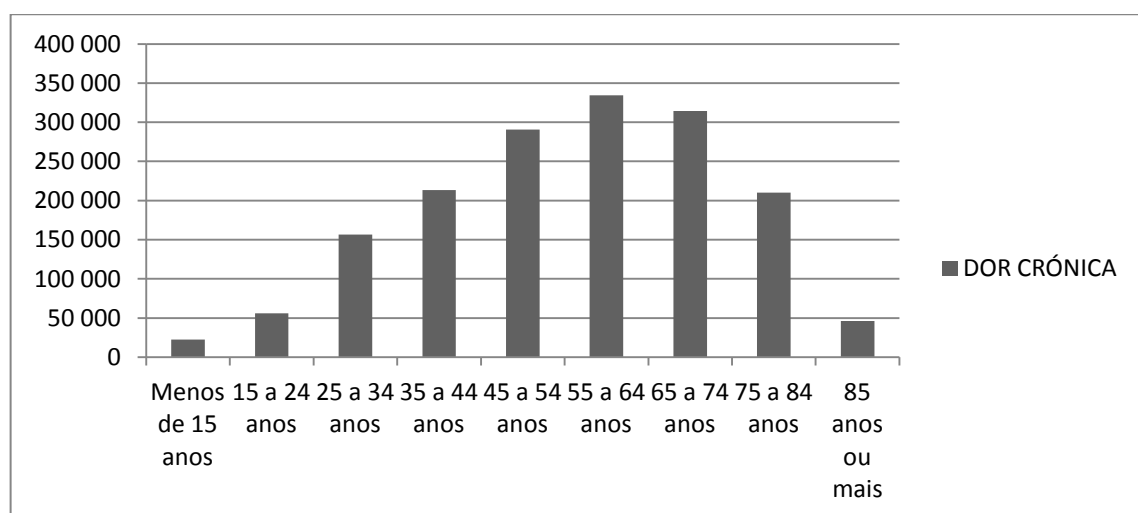
O *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI, 2011) define dor crónica como uma dor persistente, que pode ser contínua ou recorrente e com suficiente duração

e intensidade para afetar adversamente o bem-estar do doente, grau de funcionalidade e qualidade de vida. No caso de o doente não ter uma avaliação prévia, deve ser feito um despiste entre uma dor aguda não tratada ou dor crónica em curso. Se a dor do doente persiste para lá das seis semanas (ou mais do que o tempo de cura estimado), uma profunda avaliação para o curso de dor crónica deve ser garantida. O mesmo instituto (ICSI, 2011) define síndrome de dor crónica como estando no fim do espetro da dor crónica, ou seja, como a constelação de comportamentos relacionados com a dor persistente que representam uma perturbação significativa nos papéis de vida.

A dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as atividades do quotidiano (Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva, 2010).

O gráfico 1 foi construído com base nos dados disponíveis no 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006 (INE e INSA, 2007). A população residente em Portugal Continental que tem ou já teve dor crónica foi de 1643871 indivíduos, dos quais 617157 correspondem ao género masculino e 1026714 correspondem ao feminino. A partir da leitura do gráfico 1, verifica-se que a faixa etária com maior representatividade corresponde à faixa entre os 55 a 64 anos, seguindo-se a faixa entre os 65 e 74 anos de idade.

Gráfico 1. População Residente em Portugal Continental que tem ou já teve dor crónica (2005/2006).



Fonte: INE e INSA (2007) – 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006.

Conforme estudos epidemiológicos levados a cabo por um grupo de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em Portugal a dor crónica afeta cerca de 30% da população adulta (CNOD, 2010).

O aumento da esperança média de vida com o consequente envelhecimento da população, bem como o aumento da longevidade de doentes com patologias que se fazem acompanhar de dor, fazem prever um aumento do número de pessoas idosas com dor crónica no futuro (DGS, 2008). Aliado ao aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, verifica-se nos dias de hoje uma redução da população jovem, o que origina o fenómeno de duplo envelhecimento da população. Portugal, em 2011, apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19 % da população com 65 ou mais anos (INE, 2011), prevendo-se, portanto, um incremento de doenças crónicas na população idosa.

Desconhecem-se quais as principais causas da dor crónica em Portugal, no entanto os vários estudos internacionais coincidem na atribuição do primeiro lugar à lombalgia. As patologias do foro osteoarticular e musculoesquelético constituem-se como outras causas de elevada prevalência da dor crónica, bem como as cefaleias e em menor escala a dor neuropática. A dor oncológica, que frequentemente é encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem dos doentes que padecem de dor crónica. A patologia oncológica, apresenta no entanto uma importância especial, por representar a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal (DGS, 2008).

Para além do impacto significativo que a dor crónica apresenta na qualidade de vida relacionada com a saúde, tem também um impacto na capacidade produtiva da população. Segundo Gouveia e Augusto (2011), o custo médio anual do absentismo devido à dor crónica por trabalhadora é estimado em €864 e por trabalhador €496, sendo a média global de €678.

A aposta na formação dos profissionais de saúde na área da dor crónica, a alteração do sistema de recolha de informações clínicas e uma utilização eficiente dos recursos, permitirá reduzir custos e trazer o tão desejado alívio às pessoas que sofrem de dor crónica (Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva, 2010).

1.2 A pessoa idosa com dor crónica

A dor é tida “como uma componente «normal» da vida e tende a acentuar-se e a surgir como natural com o passar dos anos” (Bastos, 2005, p.25).

Verifica-se que dor “é frequentemente subvalorizada nas pessoas idosas e, conseqüentemente, subtratada e as diversas barreiras à sua manifestação colocam problemas específicos face a um grupo vulnerável com problemas de comunicação, em que a presença de dor tem maior probabilidade de ocorrer” (DGS, 2010, p.9).

A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre os idosos, qualquer que seja o contexto, domicílio, internamento ou idoso institucionalizado e pode ter um impacto forte na sua qualidade de vida. Afeta aproximadamente 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares. Está relacionado frequentemente com patologias de incidência elevada, como a osteoporose, o cancro, pós-acidente vascular cerebral, neuropatia periférica da diabetes, enxaqueca, fibromialgia, dor pós-herpética e traumatismo (DGS, 2010).

A dor crónica do idoso tende a ser multifocal, multifatorial, de intensidade moderada a intensa e com uma duração de vários anos, estando associada a:

depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (DGS, 2010, p.9).

Foram estudadas as diferenças e semelhanças entre idosos (idade igual ou superior a 60 anos) e adultos (menos de 60 anos) num programa de gestão da dor, concluindo que os adultos idosos com dor crónica apresentam uma intensidade de

dor semelhante aos adultos com dor crónica, mas reportam uma melhor saúde mental, menor *coping* passivo, melhor controlo de vida e mais limitações físicas do que os adultos com dor crónica (Wittink et al., 2006).

Também foi demonstrado que a cronicidade da dor parece ter uma influência negativa adicional no *status* emocional e funcional mesmo em idosos com múltiplas comorbilidades e alterações funcionais consideráveis. As alterações cognitivas parecem alterar a habilidade para localizar a dor aguda, ao passo que a perceção da intensidade da dor parece ser independente da cognição. Os idosos com dor crónica tendem a usar mais descritores da dor, usar mais analgésicos e têm mais incapacidades do que os idosos com dor aguda (Schuler, Njoo, Hestermann, Oster, e Hauer, 2004).

O sub-tratamento da dor entre os idosos é atribuído a vários fatores, incluindo crenças erradas e mitos acerca do processo de envelhecimento. Por exemplo foi sugerido que em adição à dificuldade de avaliar a dor entre aqueles que não a conseguem reportar, o sub-tratamento da dor pode resultar também de: (1) mito de que a dor é parte esperada do processo de envelhecimento; (2) mito de que os idosos com demência podem ser insensíveis à dor; (3) medos exagerados do risco de adição à medicação opióide (Hadjistavropoulos, Fitzgerald e Marchildon, 2010).

Na Declaração de Montreal (2010) - "*Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right*", concluiu-se que a gestão da dor é inadequada na maior parte do mundo, pelas seguintes razões:

- Existe um acesso inadequado no tratamento da dor aguda causada por trauma, doença e doença terminal, e falha no reconhecimento da dor crónica como um problema de saúde crónico sério, que requer um acesso semelhante ao de outras doenças crónicas, como a diabetes e doença cardíaca crónica;
- Existe um défice no conhecimento dos profissionais de saúde no que respeita aos mecanismos e gestão da dor;
- A dor crónica com ou sem diagnóstico é altamente estigmatizada;
- Muitos países não têm uma política nacional ou têm uma política muito desadequada, relacionada com a gestão da dor como um problema de saúde, incluindo um nível desadequado de investigação e educação;

- A medicina da dor não é reconhecida como uma especialidade distinta, com um corpo único de conhecimento e definida no âmbito da prática baseada em pesquisas e programas de formação abrangentes;
- A OMS estima que cinco bilhões de pessoas vivam em países com baixo ou nenhum acesso para o controlo dos fármacos, que têm nenhum ou insuficiente acesso no tratamento de dor moderada a severa;
- Existem grandes restrições na disponibilidade de opióides e outros medicamentos essenciais, fundamentais para a gestão da dor.

1.3 Avaliação da dor na pessoa idosa

Dos obstáculos para uma efetiva avaliação da dor em idosos, o mais referido é não ter tempo, não se sentir preparado para assistir os doentes que reportam dor e/ou reportam que a medicação que tomam não tem os efeitos desejados. Um melhor entendimento da dor e gestão da dor, incluindo o uso de medicinas alternativas ou complementares, poderá ser útil (Baumann, 2009).

Uma avaliação precisa e completa da dor é crucial para um ótimo tratamento da dor. É também vital reconhecer não só o tipo e gravidade da dor, mas também o impacto na capacidade funcional e qualidade de vida da pessoa idosa. Para a qualidade da avaliação da dor dependerá a harmonia estabelecida entre o clínico e doente ou cuidador, e também as capacidades de comunicação (Dodla e Lyons, 2006).

Apesar das recomendações, constata-se que a falta de conhecimento e a inadequada avaliação da dor impedem o correto controlo e prevenção da mesma (CNOD, 2010).

Atendendo à Circular Normativa nº9 de 14/06/2003, a qual aborda a Dor como o 5º Sinal Vital, registo sistemático da intensidade da Dor - “o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”. A avaliação e o registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, deverão ser realizados de “forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo

a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (DGS, 2003, p.1).

A orientação sobre a avaliação e gestão da dor crónica de 2011, publicada na *National Guideline Clearinghouse*, destaca os seguintes pontos (NGC, 2011):

- A avaliação da dor crónica deve incluir a determinação dos mecanismos da dor, documentando a localização da dor, intensidade, qualidade e início/duração, capacidade funcional, objetivos, fatores psicológicos e sociais (como abuso de substâncias e depressão);
- O objetivo do tratamento é a ênfase na promoção da funcionalidade, através do desenvolvimento a longo prazo de habilidades de auto-gestão, incluindo atividade física e um estilo de vida saudável em face da dor que pode persistir;
- Necessidade de um plano de cuidados compreensivo, centrado na pessoa, multifatorial, incluindo a abordagem a fatores bio-psico-sociais. A abordagem das questões espirituais e culturais também é importante. É também essencial uma abordagem multidisciplinar coordenada por um atendimento médico primário, incluindo áreas de especialidade de psicologia e reabilitação física;
- A abordagem de tratamento de nível 1 (inclui gestão farmacológica, gestão da intervenção, gestão não farmacológica e gestão de medicina complementar) deverá ser implementada como primeiro passo e antes do tratamento de nível 2 ser considerado (inclui encaminhamento para reabilitação multidisciplinar da dor ou cirurgia para a colocação de um estimulador da medula espinal ou bomba intratecal. Nos tratamentos de nível 2 podem ser feitas intervenções eficazes para doentes com dor crónica em que falharam as opções de tratamento mais conservador);
- Os medicamentos não são o único foco de tratamento no controlo da dor e devem ser usadas em conjunto outras modalidades de tratamento quando necessário para atingir os objetivos gerais da terapia;
- A seleção e monitorização rigorosa de todos os doentes com dor crónica não-maligna e com uso de opióides são necessárias, avaliando a eficácia e sinais de uso indevido ou comportamento anómalo.

A Associação de Enfermeiros de Ontário enumera 12 princípios para a avaliação e gestão da dor, nas suas linhas orientadoras (RNAO, 2007):

1. Os doentes têm direito ao melhor alívio da dor possível;
2. A dor aguda não aliviada tem consequências e os enfermeiros devem evitar a dor sempre que possível;
3. A dor não aliviada requer uma análise crítica dos fatores relacionados com a dor e intervenções;
4. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional e altamente variável para todos, independentemente da idade;
5. Os enfermeiros estão legalmente e eticamente obrigados a defender a mudança no plano de tratamento da dor, quando o alívio da dor é inadequado;
6. A colaboração com doentes e famílias é necessária na tomada de decisões na gestão da dor;
7. Uma efetiva avaliação e gestão da dor são de alcance multidimensional e requerem uma intervenção interdisciplinar coordenada;
8. A competência clínica na avaliação e gestão da dor exigem uma educação continuada;
9. O uso efetivo de analgésicos opióides deve facilitar as atividades de rotina, como a marcha, atividades de vida diária e fisioterapia;
10. Os enfermeiros são obrigados a participar na avaliação formal dos processos e resultados da gestão da dor ao nível organizacional;
11. Os enfermeiros têm a responsabilidade de negociar juntamente com outros profissionais de saúde a mudança organizacional, com o intuito de facilitar melhores práticas ao nível da gestão da dor;
12. Os enfermeiros devem defender mudanças políticas e alocação de recursos que irão apoiar eficazmente a gestão da dor.

A DGS (2010) recomenda, através da Orientação nº 015/2010, o cumprimento das orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. A orientação refere que a dor é uma experiência subjetiva e como tal não existem testes objetivos para medir a dor, a sua presença e a intensidade, pelo que terá que ser avaliada e medida pelo que o doente exprime. Se não forem detetadas dificuldades de

comunicação, a avaliação da dor no idoso é realizada pelas escalas de autoavaliação, sendo complementada por uma história clínica detalhada, um exame objetivo rigoroso, uma história terapêutica correta e uma avaliação bio-psico-social. No que respeita aos clientes com dificuldade de comunicação, a orientação descreve que nenhuma estratégia é por si só suficiente, pelo que a conjugação de todas as informações é importante para a avaliação da dor: antecedentes pessoais, observação de comportamentos, o diagnóstico da patologia ou a informação dos cuidadores.

No quadro 1, apresentamos o resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa, importando também realçar, no contexto de referência à escala comportamental DOLOPLUS 2, que a presença de dor deve ser assumida por norma, e se houver apenas indicadores de dor, efetuar uma prova terapêutica, sempre que a patologia, os procedimentos ou as alterações comportamentais o justifiquem (DGS, 2010):

- Iniciar a prova terapêutica com fármacos não opióides se a dor é ligeira a moderada;
- Recorrer a opióides em dose baixa se a dor é moderada a intensa ou se o esquema anterior não foi eficaz (recomendado o aumento da dose de 25 a 50% até se obter efeito terapêutico ou aparecerem efeitos secundários);
- Explorar outras causas de alterações comportamentais se não é obtido efeito.

Quadro 1.

Resumo da Avaliação da Dor Crónica na Pessoa Idosa.

1	Identificar a presença de dor no idoso qualquer que seja o contexto de observação, na consulta, na urgência, no internamento ou no domicílio
2	Avaliar a dor por rotina considerando que os idosos podem não a manifestar
3	Considerar como dor outros termos usados pelos idosos para a expressar: mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
4	Escolher a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa como primeira alternativa
5	Recorrer a observação comportamental completa quando há dificuldade de comunicação

CONTINUA

CONTINUAÇÃO DO QUADRO 1

6	Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o idoso apontar
7	Detetar as possíveis causas de dor através do exame físico cuidado
8	Completar sempre a avaliação da história da dor com as outras dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual
9	Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor

Fonte: DGS (2010, p.3) – Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.

A dor não tratada em idosos com alterações cognitivas pode retardar o processo de restauração de saúde, provocar distúrbios de sono e no padrão de atividades, reduzir a função, reduzir a qualidade de vida e prolongar a hospitalização. Nas barreiras à gestão da dor nos idosos com demência, existem alguns mitos comuns: (1) a dor faz parte do envelhecimento; (2) se a pessoa não verbaliza que tem dor, não a deve estar a experienciar; (3) os analgésicos fortes (como os opióides) devem ser evitados. Uma abordagem efetiva na gestão da dor em idosos com demência, assume que estes têm dor se têm condições e/ou procedimentos médicos que estão associados tipicamente com dor (Horgas, 2007). Na abordagem da dor a idosos com demência recomenda:

- Perguntar aos idosos com demência acerca da dor;
- Usar uma ferramenta *standard* para avaliar a intensidade da dor, como a escala numérica e a escala verbal descritiva;
- Usar uma ferramenta observacional (exemplo: PAINAD) para medir a presença de dor nos idosos com demência;
- Perguntar à família ou cuidadores usuais se o comportamento corrente do doente (exemplo: chorar, estar irrequieto) é diferente do comportamento típico;
- Se existe suspeita de dor, considerar a prova terapêutica. Investigar ao pormenor outras causas que estejam a justificar as alterações de comportamento. Usar a PAINAD antes e depois da prova terapêutica.

Outra das escalas com utilidade na avaliação da dor em pessoas com capacidade limitada de comunicação é a PACSLAC (*Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*), adaptada culturalmente e validada para a população portuguesa por Santos, Castro-Caldas e Hadjistavropoulos (2012). A versão portuguesa da PACSLAC (PACSLAC-PT) foi aplicada a 100 indivíduos com demência e residentes em Lares de Idosos em Viseu, sendo aplicada também a DOLOPLUS 2 (versão Portuguesa), para verificar a validade simultânea, demonstrando-se existir uma associação elevada entre as escalas. A PACSLAC-PT demonstrou ter boas propriedades psicométricas, permitindo disponibilizar aos profissionais de saúde um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa de avaliação da dor em pessoas idosas com demência. A versão portuguesa da PACSLAC ficou denominada por «Lista de itens para avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação» (Santos, Castro-Caldas e Hadjistavropoulos, 2012).

O preenchimento da PACSLAC é realizado através da observação da pessoa idosa durante uma atividade ou movimento, determinando-se a presença ou ausência de cada comportamento na lista. As subescalas de pontuação são somadas como forma de estabelecer um nível de base inicial de comportamentos que podem estar relacionados com a dor. A reavaliação deverá ser efetuada sempre que haja uma mudança de comportamento relacionado com a dor, fazendo-se a comparação dos *scores* totais em relação à pontuação anterior realizada. Um valor aumentado pode sugerir um aumento de dor, ao passo que, uma menor pontuação sugere que a dor diminuiu (Santos, Castro-Caldas e Hadjistavropoulos, 2012).

Estes autores (Hadjistaropoulos, Fitzgerald e Marchildon, 2010), fazendo a comparação entre escalas comportamentais, fazem referência a um estudo (Zwahlen et al., 2006), no qual os enfermeiros foram convidados a avaliar os comportamentos sugestivos de dor usando três escalas observacionais: a PACSLAC, a DOLOPLUS-2 e PAINAD. Os resultados indicaram que as três medidas de dor observacionais tinham boas qualidades psicométricas, no entanto, a PACSLAC foi avaliada pelos enfermeiros como a ferramenta clínica mais útil para avaliar a dor em idosos. Os mesmos autores referem ainda, que a PACSLAC abrange todos os seis domínios recomendados pela AGS para avaliar a dor. Os seis

domínios de comportamentos comuns em pessoas idosas com alterações cognitivas descritos pela AGS (2002) são: (1) expressões faciais; (2) verbalização, vocalização; (3) movimentos corporais; (4) interações interpessoais; (5) padrões de atividades e rotinas; (6) status mental.

Cada profissão, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade, em aspetos como: a educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, entre outros. Os profissionais devem “cultivar uma perspetiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar. A saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o seu saber e responsabilidade” (DGS, 2012, p.4).

De acordo com os conceitos do metaparadigma do Modelo dos Sistemas (Newman, 2011), a enfermagem é a única profissão preocupada com todas as variáveis que afetam os clientes no seu ambiente, sendo enfermagem intervenção preventiva. A pessoa é vista como um composto dinâmico de inter-relações entre variáveis de ordem fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, um sistema total aberto, em interação com o ambiente interno e externo. A saúde corresponde a um contínuo de bem-estar ao mal-estar, em que o bem-estar ou a estabilidade ótima indicam que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. O ambiente criado é de natureza dinâmica, mobilizando todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça de stressores ambientais.

Um dos instrumentos úteis de medição do estado de saúde e na avaliação de resultados clínicos é a Escala MOS SF-36, que representa oito dos conceitos mais importantes em saúde: função física; desempenho físico; dor física; saúde em geral; saúde mental; desempenho emocional; função social e vitalidade. Este instrumento pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade com capacidade para ler o questionário ou pode ser autoadministrado, administrado através de entrevista, por correio ou telefone. Encontra-se validado para a população portuguesa e pode ser utilizado não só para caraterizar o estado de

saúde das populações e o impacto de determinadas medidas a nível estrutural e político, mas também como apoio à tomada de decisão de prestadores de cuidados (Ferreira, 2000). O desenvolvimento de formas reduzidas (*Short Forms* ou SF) para a avaliação da perceção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde, foi impulsionado pelo *Medical Outcomes Study* (MOS). Para além do *Short Form* com 36 itens, foram desenvolvidas outras formas reduzidas, nomeadamente com 6, 8 e 12 itens (Mendes, 2009).

A necessidade de equipas multidisciplinares treinadas para o tratamento da dor decorre da “diversidade de mecanismos em causa na génese e persistência da dor, dos fatores psicológicos e comportamentais que surgem, quer como causa quer como consequência, e da multiplicidade de técnicas de tratamentos disponíveis” (Bastos, 2005, p.27).

A abordagem mais comum para a gestão da dor crónica é o tratamento farmacológico e um bom conselho da dosagem para quem prescreve é “*start low, go slow*”. Doses adicionais poderão ser necessárias para permitir à pessoa realizar exercício e se envolver em outras atividades que normalmente exacerbam a dor. Tendo muitos idosos múltiplos diagnósticos médicos e listas de medicação extensas, os clínicos terão que atender também às possíveis interações medicamentosas, antes de iniciar uma medicação. A medicação usada deverá ser periodicamente revista no que respeita à sua eficácia e efeitos adversos, e determinar se a pessoa adere ao regime prescrito. O uso combinado de medidas farmacológicas e não farmacológicas demonstram ser mais benéficas (Dodla e Lyons, 2006, p.79).

O tratamento da dor crónica da pessoa idosa assume importância em qualquer contexto, no domicílio, em internamento ou quando institucionalizada. A orientação técnica sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa aborda a terapêutica não farmacológica e a terapêutica farmacológica (DGS, 2010, p. 3-4):

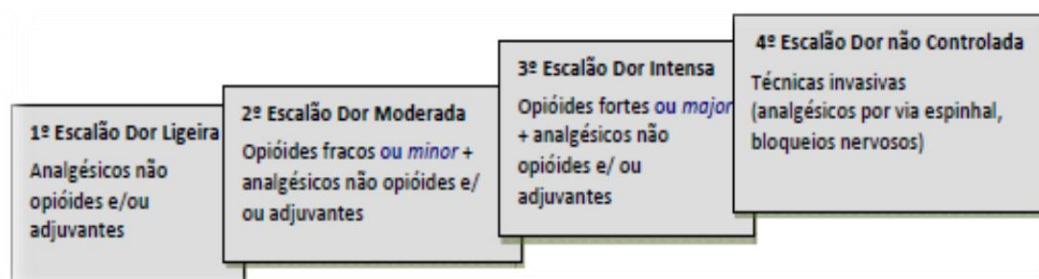
1 – Terapêutica não farmacológica: tem em geral poucos efeitos adversos e quando utilizada isoladamente pode produzir alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Quando combinada com fármacos “tem a vantagem de melhorar a

terapêutica da dor potenciando o efeito terapêutico global e permitindo a redução das doses dos fármacos, com a consequente diminuição de efeitos secundários, interações medicamentosas e, por vezes, diminuição de custos”. As terapêuticas não farmacológicas mais frequentes utilizadas no tratamento da dor crónica na pessoa idosa são: exercício, aplicação local de calor ou frio, massagem, diatermia e ultra-sons, imobilização, cirurgia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), educação do doente e cuidador, estratégias cognitivas e distração.

2 – Terapêutica Farmacológica: é o modo habitual do tratamento da dor em idosos e deverá ser balanceado em função dos riscos e benefícios. Os seus objetivos principais são o controlo da dor e a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida. Em virtude da “heterogeneidade dos idosos na resposta à terapêutica farmacológica a dose ótima e os efeitos secundários dos medicamentos são difíceis de prever. As doses devem ser ajustadas em avaliações frequentes”. A polimedicação pode ser necessária para minimizar os efeitos específicos de cada fármaco e a combinação de pequenas doses de diferentes grupos de fármacos, com os respetivos ajustes às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas induzidas pela idade, permite a obtenção do controlo da dor com um menor risco de desencadear efeitos secundários.

O tratamento da dor em idosos deve ser orientado de acordo com a escada analgésica da OMS (figura 1), tendo em consideração as particularidades dos idosos para os diferentes grupos de fármacos (DGS, 2010).

Figura 1. Escada Analgésica Modificada para o Tratamento da Dor.



Fonte: DGS (2010, p.5) – Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.

O processo normal do envelhecimento altera a forma como o corpo metaboliza e elimina os fármacos. Como resultado os idosos são mais sensíveis aos efeitos tóxicos e terapêuticos dos analgésicos. Estudos sobre os efeitos do envelhecimento e/ou doença demonstram que há uma diminuição de fluxo de sangue para o fígado, resultando em diminuição de depuração hepática, aumentando a permanência do medicamento no sistema. Por sua vez a distribuição do fármaco depende da adequação do sistema circulatório. A alteração no débito cardíaco e circulação lenta retardam a libertação da droga (ou dos subprodutos) e chegada à área alvo (RNAO, 2007).

1.4 Envolvimento do cliente e família no controlo da dor

Os enfermeiros devem fornecer aos idosos informação e recursos de que necessitam, para decidir livremente e em consciência formas de participar na redução da dor e desconforto, bem como incrementar a sua habilidade funcional (Baumann, 2009).

No modelo colaborativo, o qual integra um plano de cuidados usando o modelo biopsicossocial, o doente é incluído como um membro da equipa. Elementos deste modelo incluem a abordagem de uma equipa multidisciplinar coordenada, suporte e educação de doentes, métodos para um *follow-up* realista e sistemático, e uso de um tratamento consistente baseado na evidência. Para maximizar o sucesso do tratamento, o plano de cuidados deve incluir a pessoa na sua complexidade global, incluindo fatores físicos e biológicos, estado psicológico e crenças, como também o ambiente familiar, social e de trabalho (modelo biopsicossocial). Um plano de cuidados para os doentes com dor crónica, deve incluir cinco elementos principais: (1) estabelecer metas pessoais; (2) melhorar o sono; (3) aumentar a atividade física; (4) gerir o stress; (5) diminuir a dor. O plano de cuidados deve ser revisto quando não existe um alívio da dor esperado e uma melhoria na função. Quando o plano de cuidados não é seguido, devem ser avaliadas as barreiras e efetuada uma avaliação mais aprofundada dos stressores, fatores psicológicos e motivações (ICSI, 2011).

Um compromisso da equipa de enfermagem é essencial na abordagem à dor, para que a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento seja uma realidade, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceira dos cuidados (O.E, 2008). São particularmente os “enfermeiros quem desenvolve, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e suas famílias” (Nunes, 2009, p.3).

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. Para além do enorme impacto que a dor tem sobre o indivíduo, a dor constitui frequentemente uma sobrecarga para os familiares e/ou cuidadores do doente, representando uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral (DGS, 2008).

O impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é devastador e superior ao provocado por muitas outras patologias crónicas, pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que impõe em múltiplas atividades diárias das pessoas. A dor do doente afeta também, de forma significativa, o bem-estar e as atividades dos familiares e outros cuidadores, facto que não pode ser ignorado (Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva, 2010).

Nos doentes incapazes de auto reportar a sua dor, existe informação credível que pode ser obtida de um parente ou outra pessoa que conhece bem o doente (por exemplo esposa, filha, cuidador familiar). Os parentes e cuidadores familiares devem ser encorajados a participar ativamente na avaliação da dor do seu ente querido. A familiaridade com o paciente e o conhecimento do comportamento passado e usual, podem contribuir na identificação subtil de alterações menos óbvias no comportamento, que podem ser indicativas de presença de dor. A abordagem multifacetada deverá resultar da combinação da observação direta, contributos da família/cuidador e avaliação da resposta ao tratamento (Herr et al., 2006).

Os doentes e familiares necessitam de educação acerca das condições prevalentes de dor em idosos, sobre os planos globais de tratamento e consciencialização de

possíveis efeitos adversos ou consequências de opções de tratamento. Planos de tratamento simples e fáceis de seguir podem minimizar erros e interpretações dúbias. Deve-se optar por planos escritos e com letra bem legível, identificados com o nome dos doentes e data. Os idosos hesitam também em tomar medicação analgésica, especialmente opióides, aliado ao medo da dependência. Este medo é reforçado pelos membros da família e profissionais, levando a uma gestão inadequada da dor (Jansen, 2008).

Afigura-se de uma enorme importância a necessidade dos enfermeiros em dotar as pessoas cuidadoras de um repertório de conhecimentos, de capacidades e recursos na comunidade, que lhes possibilitem ajudar o seu familiar dependente no domínio do autocuidado, na gestão do regime terapêutico, prevenção de complicações e no seu bem-estar psicológico. A avaliação das necessidades da família implica a sua participação ativa no processo de cuidados (Petronilho, 2007).

Nas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (competências comuns do Enfermeiro Especialista) cujo descritivo é (O.E, 2010a, p.4): “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”, pode ler-se nos seus critérios de avaliação: “(1) as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente; (2) o juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão”. Este fato demonstra que o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua ação em parceria com o cliente, seja ele indivíduo, grupo, família, comunidade, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado na comunidade para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível. Carecem de aptidões de auto-cuidado, de forma a gerir os problemas em casa, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, para que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente

enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda. Destacam-se dois modelos de cuidados na doença crónica: (1) o Modelo de Cuidados na Doença Crónica e (2) Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos da OMS. No centro de ambos os modelos está o enfoque nos doentes, famílias e comunidades, informados e motivados, apoiados por uma equipa colaborativa de profissionais com informação e motivação (O.E, 2010b).

2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a consecução dos objetivos propostos para o estágio na UMD do Centro Hospitalar Lisboa Norte e UCC-Lourinhã foram necessários seguir e respeitar procedimentos formais e éticos.

Os Procedimentos formais e éticos estabelecidos foram:

- Pedido de Autorização da ESEL para a realização dos estágios (Anexo 1 - autorização de estágio na UMD do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Anexo 2 - autorização para realização de estágio na UCC Lourinhã);
- Contato informal com os enfermeiros chefes de cada Unidade para transmitir os objetivos e âmbito do estágio;
- Garantido o anonimato/confidencialidade dos cuidados prestados ao cliente e cuidador;
- Explicado ao clientes e cuidadores o porquê da intervenção;
- Assegurado aos participantes que a sua participação não seria usada contra eles;
- Assegurado aos clientes/cuidadores o direito de decidir voluntariamente na participação da avaliação da dor e colheita de dados, sem o risco de incorrer em qualquer penalidade;
- Descrito a natureza, finalidade e tempo de aplicação do instrumento de colheita de dados - História da Dor;
- Providenciado um ambiente privado e calmo, quando possível, aquando da avaliação da dor;
- Permitido no final da intervenção ao cliente/cuidador fazer as suas perguntas;
- Fornecidas informações e aconselhamento após a avaliação da dor, quando necessário;
- Avaliada a dor a clientes com e sem capacidade de a comunicar, sempre que possível;
- Avaliada também a dor a clientes não idosos, embora não objeto da intervenção;

- Efetuado o encaminhamento para outros profissionais sempre que justificado e necessário;
- Divulgados os resultados da implementação do projeto, com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Em toda a atuação tentei respeitar os princípios defendidos por Herr et al. (2006): os Princípios Éticos de Beneficência (o dever de beneficiar o outro) e Não-Maleficência (o dever de não causar prejuízo) obrigam os profissionais de saúde a prestar gestão da dor e conforto a todos os doentes, incluindo aqueles que são vulneráveis e incapazes de se expressar ou comunicar por eles próprios. Providenciar um cuidado de qualidade e comparável a indivíduos que não podem comunicar a sua dor é regido pelo Princípio da Justiça (igualdade de tratamento ou comparativo entre indivíduos).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto teve como finalidade promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. O estágio decorreu em dois momentos, descrevendo-se em seguida as atividades desenvolvidas na UMD e as atividades desenvolvidas na UCC da Lourinhã e Lares com utentes em comum: diagnóstico de situação, intervenção efetuada e avaliação da intervenção.

O tratamento dos dados foi realizado por computador, com suporte aos programas *Microsoft Office Excel 2007* e *Statistical Package for the Social Sciences 16* (SPSS). Nas questões de resposta aberta foi efetuada análise de conteúdo, transcrevendo-se a resposta na íntegra ou a ideia-chave presente. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central (médias aritméticas - \bar{x}) e medidas de variabilidade (mínimos e máximos).

3.1 Desenvolvimento de competências necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa idosa com dor crónica – Unidade Multidisciplinar da Dor.

De forma a atingir o primeiro objetivo geral do estágio – desenvolver competências necessárias à prestação de cuidados especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa idosa com dor crónica - foi planeado e realizado o estágio na UMD do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria, de 16 a 31 Outubro de 2012.

Os objetivos específicos do estágio na UMD foram: (1) adquirir competências na avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa; (2) compreender a dinâmica de funcionamento da equipa multidisciplinar na intervenção ao cliente com

dor e (3) adquirir conhecimento nas intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e tratamento da dor.

A UMD foi inaugurada no início de 2008. É uma estrutura com espaço próprio e com uma atividade diária organizada. O objetivo geral da UMD é intervir de forma ativa no tratamento do doente com dor crónica, através de abordagem multidisciplinar, interdisciplinar, num modelo de Avaliação Global, visando a promoção do autocuidado, autonomia e qualidade de vida. Está capacitada para o tratamento de doentes com dor crónica em ambulatório, internamento ou situação de urgência.

Os recursos humanos afetos à Unidade são: 3 enfermeiros (1 elemento é a Enf.^a Chefe); 4 médicos a tempo parcial; 1 psicóloga; 1 assistente operacional e administrativo. A UMD está localizada no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro de Ambulatório, piso 1. O ambiente físico da UMD é constituído por: 2 gabinetes de consulta; 1 gabinete enfermagem/sala de reuniões; 1 sala de tratamentos/técnicas; sala de espera e secretariado.

Face ao curto período de tempo de estágio programado na UMD tentei que este fosse o mais enriquecedor possível, tendo uma atitude pró-ativa, colocando diversas questões e aproveitando todas as oportunidades que existiram.

Do estágio destaco:

- Oportunidade de assistir a primeiras consultas e efetuar uma primeira consulta a um cliente traqueostomizado e por isso com capacidade mais limitada de comunicação, o que foi um desafio importante. Após a realização da consulta passei a informação ao clínico responsável pelo seguimento do caso;
- Visita ao internamento (interconsulta), normalmente na companhia de anestesista, no qual nos apercebemos da importância que tem a avaliação e registo da dor de forma sistemática e correta, para a gestão eficaz de fármacos e seguimento de cada cliente em particular. Nas visitas ao internamento, verifiquei o seguimento (entre outros) de alguns casos de clientes adultos com neoplasia e com dor não controlada, que após a intervenção da equipa multidisciplinar da dor ficavam com a dor controlada, com maior conforto e bem-estar, apesar do prognóstico muito reservado e em alguns casos pouco tempo de vida;

- No gabinete de técnicas/tratamento presenciei algumas técnicas como: titulação farmacológica; neuromodulação medular; analgesia epidural contínua com ou sem opção de PCA (*Patient Control Analgesie*); aplicação de Qutenza (Capsaicina 8 % - adesivo transdérmico de aplicação tópica, indicada para o tratamento da dor neuropática periférica em adultos não diabéticos, isoladamente ou em associação com outros medicamentos para o tratamento da dor);
- Presenciei também a proximidade de resposta ao cliente individual e família, proporcionada pela equipa multidisciplinar, através da disponibilização de contatos da equipa e contactos de follow-up realizados pelos enfermeiros;
- O tratamento de clientes com dor com recurso à hipnose. Presenciei algumas sessões e verifiquei resultados de sessão para sessão (exemplo de uma utente com dor fantasma no membro superior esquerdo). Esta técnica é realizada autonomamente pelo enfermeiro;
- Na equipa multidisciplinar da dor existe também uma prática corrente que são “os 20 minutos de ciência”. Neste âmbito a Enfermeira Chefe endereçou-me o convite no início do estágio para apresentar à equipa as Escalas de Avaliação da Dor no Idoso (Apêndice 1 – diapositivos da formação). Este convite foi aceite, apesar da enorme responsabilidade que é abordar a temática para peritos na área da dor. A apresentação teve lugar no dia 25 de Outubro de 2012, na qual o interesse demonstrado, participação e discussão foi notável.

Com o objetivo de implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica na UCC-Lourinhã, para além do incremento dos conhecimentos e da partilha que me foi proporcionada, tive o cuidado de analisar o suporte na qual os registos eram efetuados na UMD. Consultei portanto: (1) a norma de avaliação e registo da dor no adulto, revista em Janeiro de 2013; (2) o impresso próprio de registo da avaliação da dor em utilização por alguns serviços; (3) o impresso de realização da primeira Consulta de Enfermagem na UMD, contendo os dados biográficos e de saúde dos clientes; (4) o impresso de primeira Consulta Médica. Tendo como orientação estes documentos e o documento “Dor – Guia Orientador de Boa Prática” (O.E, 2008), elaborei ainda durante o estágio, com autorização da Enf.^a Chefe da UMD, o registo de Avaliação da Dor (Apêndice 2) e

registo da História da Dor (Apêndice 3), para serem propostos na UCC Lourinhã. A Enfermeira Chefe sugeriu algumas alterações na tabela de registo de avaliação da dor, concretamente, eliminação dos itens fatores desencadeantes/agravamento e fatores de alívio, com a justificação de a tabela ficar muito extensa e por isso provavelmente com menos adesão ao seu preenchimento.

Do instrumento de registo da História da Dor consta o Índice de Barthel utilizado por Rodrigues, Winck, Silveira e Almeida (2002), e também foi inserido o Questionário de Estado de Saúde SF-12v2 (Anexo 3; foi realizado o contacto prévio com o professor Pedro Ferreira para solicitar autorização para utilização, que foi concedida).

O Índice de Barthel tem como fim avaliar o nível de independência na realização das atividades de vida diária dos idosos. A pontuação obtida nas várias dimensões da escala (alimentação, higiene pessoal, deslocação e mobilidade) varia entre 0 e 100, sendo que, entre 0-20 corresponde a uma dependência total, 21-60 corresponde a uma dependência severa, 61-90 a uma dependência moderada, 91-99 a uma dependência fraca e 100 corresponde a independência (Rodrigues, Winck, Silveira e Almeida, 2002).

O questionário de Estado de Saúde SF-12v2 (anexo 3) é uma versão reduzida da Escala MOS SF-36, avaliando várias dimensões - a função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. Pode ser preenchido pelo próprio, por entrevista ou por telefone; apresenta uma janela de medida das últimas quatro semanas; as pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde).

A melhoria dos indicadores - (1) nível de independência (presentes no Índice de Barthel) e (2) dimensões na função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental (presentes na Escala SF-12v2) - aquando da realização da história da dor e pós-intervenção, possibilitam verificar se existem ganhos em saúde, estando por isso intencionalmente, o Índice de Barthel e a Escala SF-12v2 presentes na História da Dor.

No contato com as intervenções farmacológicas para o alívio e tratamento da dor, não foi possível observar na UMD, a técnica de colocação de cateter subcutâneo para administração de medicação. Para a consecução desta observação, falei com a colega que faz parte integrante da equipa de cuidados paliativos, a qual me disponibilizou alguma literatura e com a qual fui ao internamento para observar a execução da técnica.

Em Anexo 4 está elaborada uma apreciação do estágio pelo Enfermeiro que me orientou na UMD.

3.2 Implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na Unidade de Cuidados na Comunidade da Lourinhã e Lares com utentes em comum.

O segundo objetivo geral do estágio foi: implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na UCC da Lourinhã e Lares com utentes em comum. A finalidade é promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

De seguida será apresentado o diagnóstico de situação e intervenção efetuada, na UCC da Lourinhã em primeiro lugar e posteriormente nos Lares com utentes em comum. Por fim, apresentada a avaliação da sessão “resultados da implementação da avaliação da dor na UCC Lourinhã e lares” pelos formandos.

3.2.1 Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio na UCC – Lourinhã teve início no dia 5 de Novembro de 2012 e término a 19 de Fevereiro de 2013. Foram efetuadas visitas domiciliárias aos utentes com a equipa de enfermagem com o objetivo de conhecer a dinâmica da intervenção, a forma de avaliação e registo da dor nos idosos, mas também conhecer a população alvo. Foi possível conhecer a realidade do trabalho da equipa de enfermagem e

intervenção no que à dor diz respeito, dar-me a conhecer aos utentes e iniciar uma relação de maior proximidade com a Equipa de Enfermagem.

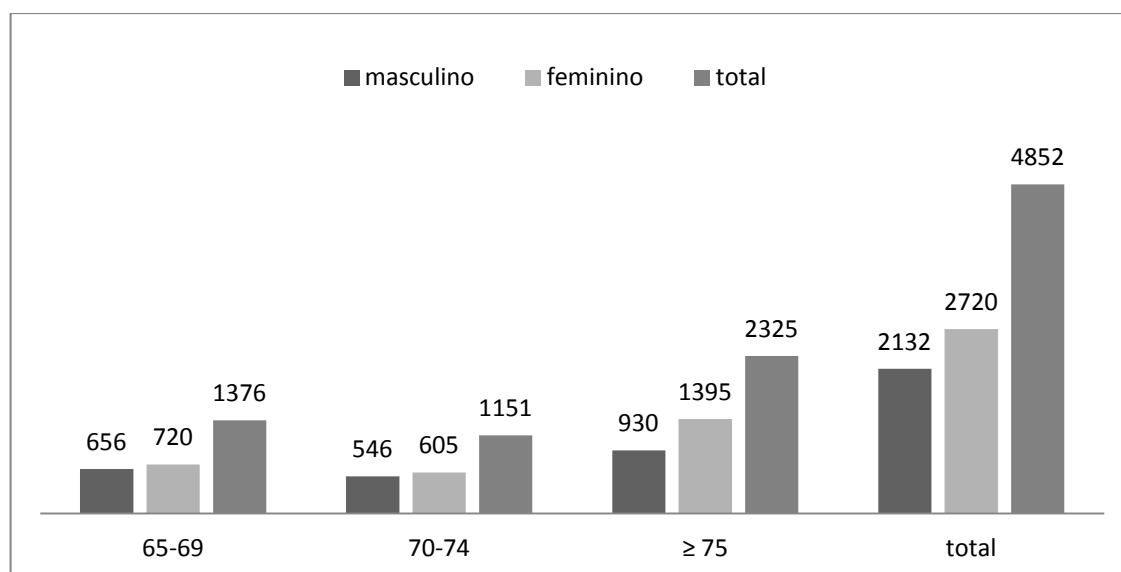
Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2008, p.1) a UCC:

tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A UCC-Lourinhã funciona na Sede do Centro de Saúde da Lourinhã, a qual faz parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste II – Oeste Sul, sendo a sua área de influência todas as freguesias do Concelho da Lourinhã, Distrito de Lisboa, comportando 3 extensões. O número de utentes que integra a UCC Lourinhã corresponde à totalidade de utentes residentes e/ou inscritos no centro de saúde.

O número de idosos inscritos no Centro de Saúde a 4/7/2012, por grupo etário e género (gráfico 2), evidencia um predomínio de idosos do género feminino. O número total de idosos é de 4852, correspondente a 2720 do género feminino e 2132 do género masculino.

Gráfico 2. Distribuição do número de idosos inscritos no Centro de Saúde da Lourinhã, por idade e género.



Fonte: Dados fornecidos pela UCC – Lourinhã.

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por uma psicóloga, uma assistente social, seis enfermeiros. Não tem médico afeto à Unidade, recorrendo-se ao médico de família de cada utente quando necessário. Dos seis enfermeiros, apenas três prestam cuidados aos idosos nas visitas domiciliárias de forma contínua, sendo que uma das enfermeiras encontra-se em acumulação de funções e portanto em horário parcial. Das restantes enfermeiras, uma é a Coordenadora, uma intervém na área da Saúde Infantil e outra na Saúde Escolar.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Aquando da realização do projeto de estágio para a avaliação curricular da cadeira Opção II/Estágio foi efetuado um diagnóstico de Situação na UCC – Lourinhã, através da realização de uma auditoria 0 aos registos e aplicação de um questionário aos enfermeiros.

A Auditoria 0 aos registos foi realizada a 17 de Julho de 2012 na UCC, a 100 utentes idosos escolhidos de forma aleatória e com intervenções dos vários enfermeiros da

UCC que prestam cuidados aos idosos. Foi utilizada uma grelha para avaliação dos registos adaptada do impresso de auditorias da avaliação dos registos da dor da UMD (Apêndice 4), sendo os dados consultados no SAPE, obtendo-se os seguintes resultados:

- Tipo de Escala: em 95% não foi referida o tipo de escala (N= 95); em 5% (N=5) foi utilizada a escala numérica;
- Intensidade: em 95% (N=95) dos casos não foi referida a intensidade; em 5% (N=5) foi registada a intensidade (4 vezes a intensidade 2 e uma vez a intensidade 4);
- Caracterização da Dor: foi 100% omissa;
- Intervenção: foi 100% omissa.

Através dos resultados obtidos verificamos que a avaliação da dor nos idosos é quase inexistente. Concluimos que a avaliação e registo da dor nos idosos não são realizados de forma sistemática, justificando só por si a implementação da avaliação e registo da dor nos idosos na UCC-Lourinhã.

O questionário foi aplicado a 4 enfermeiros da UCC na primeira quinzena de Julho, não sendo possível aplicar ao quinto enfermeiro por se encontrar de férias (Apêndice 5 – Questionário da Auditoria 0 aplicada na UCC e Lares). O questionário é constituído por respostas do tipo Likert e por duas questões de resposta aberta.

Nas questões de resposta tipo Likert apenas responderam 3 enfermeiros, uma vez que uma enfermeira é especialista em Saúde Infantil, não prestando cuidados ao cliente idoso. Para cada questão existem cinco opções de resposta (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre).

Interpretando os dados da tabela 1, verifica-se que os mesmos não se coadunam com os resultados obtidos na auditoria aos registos, mas especificamente, no que concerne: (1) à avaliação da dor por rotina - 2 enfermeiros apontam que avaliam quase sempre a dor e 1 às vezes; (2) à utilização de escalas de avaliação da dor - quase sempre por um enfermeiro e raramente por 2 enfermeiros (na auditoria aos registos, a escala utilizada e a intensidade da dor não foram referenciadas em 95% dos casos); (3) à caracterização da dor (válida com o cliente o local, qualidade,

duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor) – 1 enfermeiro aponta que caracteriza quase sempre a dor, 1 enfermeiro às vezes e por último o terceiro raramente, quando na auditoria aos registos se verificou que a caracterização da dor foi 100% omissa; (4) avaliação das medidas e/ou terapêutica instituída e registo – apontada quase sempre por 1 enfermeiro e às vezes por 2 enfermeiros, quando na auditoria aos registos o registo da intervenção é 100% omissa. Da tabela 1 podemos ainda salientar que: (1) os 3 enfermeiros (100%) solicitam quase sempre a colaboração de familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente; (2) os 3 enfermeiros referem raramente frequentar ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa.

Tabela 1.

Resultados do Questionário da Auditoria 0 Aplicado na UCC.

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
Avalia a dor por rotina			1	2	
Utiliza escalas de avaliação da dor		2		1	
Valida com o cliente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor		1	1	1	
Solicita a colaboração de familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente				3	
Colabora com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico			2	1	
Utiliza estratégias não farmacológicas para o alívio da dor			2	1	
Avalia as medidas e/ou terapêutica instituída e efetua o registo			2	1	
Referencia clientes para Unidade de Dor			2	1	
Frequenta ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa		3			

Às questões de resposta aberta responderam os quatro enfermeiros. Para cada questão estão descritas as principais conclusões.

1ª QUESTÃO: Que importância atribui à avaliação e registo da dor, como 5º Sinal Vital, na pessoa idosa? Quais as dificuldades sentidas?

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR:

- A avaliação e registo da dor na pessoa idosa são muito importantes;
- A dor é desvalorizada em algumas situações (exemplo: fibromialgia);
- A ausência da dor promove a qualidade de vida;
- O utente com dor fica com os restantes sinais vitais alterados e a qualidade de vida não é boa;
- O utente sem dor, mesmo com doença grave, consegue organizar a vida, a aceitação da doença melhora e consegue desenvolver competências para lidar com a dor;
- A dor é o fator mais incapacitante para o utente.

DIFICULDADES SENTIDAS:

- Articulação com o médico;
- Desvalorização ou diminuída importância atribuída à dor pelo médico;
- Barreiras de comunicação;
- Dificuldade da pessoa idosa em expressar emoções e caracterizar a dor;
- Muitas vezes as queixas são inespecíficas o que dificulta a caracterização da dor;
- Falta de clínicos assistentes, o que dificulta a articulação e acompanhamento/seguimento dos casos;
- Organização do tempo;
- Articulação com o médico ao nível da prescrição correta de terapêutica;
- Referenciação para a consulta da dor;
- Utilização incorreta de opiáceos;
- Falta de recursos humanos;
- Deficiente formação nas áreas de terapêutica não farmacológica;
- Utilização recente do SAPE e insuficiente formação.

2ª QUESTÃO: Com vista à intervenção de enfermagem a pessoas idosas com dor, quais as suas necessidades de formação?

- Administração de medicamentos via subcutânea e hipodermóclise.
- Dor associada a feridas e úlceras de pressão.
- Como interpretar sinais de dor.
- Como dar seguimento para outro tipo de tratamento da dor.

Com a auditoria 0 realizada foi possível verificar que não existe uma avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, na UCC Lourinhã. A aplicação do questionário aos enfermeiros da UCC permitiu perceber a realidade da avaliação e gestão da dor crónica na pessoa idosa, saber qual a importância atribuída à avaliação e registo da dor e quais dificuldades sentidas, mas também conhecer as necessidades de formação com vista à intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor.

INTERVENÇÃO NA UCC – LOURINHÃ

Os objetivos específicos da intervenção foram:

- Promover a reflexão e o debate na Equipa de Enfermagem sobre a importância da avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa;
- Uniformizar o processo de avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, envolvendo a Equipa de Enfermagem;
- Garantir as condições para uma intervenção de enfermagem adequada aos clientes idosos com dor crónica, articulando com a restante equipa multidisciplinar;
- Avaliar o resultado das estratégias implementadas.

De seguida descrevem-se em que medida se deu resposta aos objetivos específicos da intervenção.

PROMOVER A REFLEXÃO E O DEBATE NA EQUIPA DE ENFERMAGEM SOBRE A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

Com o propósito de precipitar a reflexão e o debate sobre a importância da avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, confrontar a importância atribuída à avaliação e registo da dor e a escassez de registos verificados relacionados com a dor na pessoa idosa, e apresentar o cronograma da intervenção, foi realizado o agendamento e divulgação de uma formação para o dia 29 de Novembro de 2012 intitulada “avaliação e registo da dor no idoso” (em Apêndice 6 os diapositivos da formação) dirigida aos Enfermeiros da UCC e aos Enfermeiros dos Lares. Os itens principais da formação foram: dor; dor crónica; resultados da auditoria 0; avaliação e registo da intensidade da dor; avaliação da dor crónica na pessoa idosa; registo da avaliação da dor na UCC; registo da avaliação da dor nos Lares e apresentação do cronograma de intervenção.

A formação correu como o esperado, tendo os enfermeiros participado no debate e refletindo em conjunto sobre a importância da avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa, e sobre a necessidade de melhoria nas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. A avaliação da formação foi positiva, pelo interesse demonstrado e participação dos intervenientes. Dos sete enfermeiros dos Lares apenas estiveram presentes três.

UNIFORMIZAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA, ENVOLVENDO A EQUIPA DE ENFERMAGEM.

Com o objetivo de uniformizar o processo de avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, foram apresentadas na formação “avaliação e registo da dor no Idoso” as Escalas usadas para avaliar a dor na pessoa idosa, assim como uma proposta de registo sistemático da dor no SAPE. Foi também deixado à consideração dos Enfermeiros a Escala Comportamental a adotar pela UCC, entre a DOLOPLUS e a PACSLAC – PT. Os colegas demonstraram preferência pela Escala PACSLAC - PT, tendo sido solicitada autorização ao Enfermeiro Renato Santos - responsável pela Adaptação Cultural e Validação da *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) para a População

Portuguesa – para utilização da mesma, na UCC Lourinhã e lares com utentes em comum. Após conhecimento dos objetivos do projeto e intervenção planeada, o Enfermeiro Renato Santos concedeu autorização para a utilização da Escala (Anexo 5 - Escala PACSLA-PT).

De modo a documentar e prestar suporte a toda a intervenção, foi criada para consulta individual, uma pasta em suporte informático, disponível para toda a UCC, e entregue também aos enfermeiros dos lares, com: literatura Nacional e Internacional (artigos, Circulares e Orientações); folhas de registo da avaliação da dor e folha de registo da história da dor; um artigo sobre hipodermóclise e um sobre administração de medicação subcutânea.

Com o propósito de agendar uma formação e disponibilizar escalas de avaliação da dor para os enfermeiros (ferramenta de bolso), contactei a Grunenthal (empresa na qual a Dor é uma das suas principais áreas terapêuticas). Na primeira reunião a 23 de Novembro, dei a conhecer os objetivos do projeto, tendo a Grunenthal disponibilizado as referidas escalas, entre outro material útil para a avaliação da dor. Das escalas disponibilizadas não constava a escala de Faces Revista, pelo que agilizei, através do recurso a uma gráfica, a elaboração das mesmas. Estas escalas, em forma de ferramenta de bolso e o restante material foram cedidos na formação de 29 de Novembro (aos enfermeiros que não estiveram presentes foi entregue o material posteriormente). Após posteriores contactos com o delegado da Grunenthal, ficou agendada uma formação sobre a dor crónica para dia 12 de Dezembro.

Com o decorrer do estágio e através das visitas domiciliárias, fui avaliando e registando a dor de forma sistemática nas pessoas idosas, motivando os colegas para a avaliação da dor, através dos resultados que se iam evidenciando, como sejam: (1) o alívio da dor auto-reportado pelo idoso em resultado da adesão à medicação antiálgica; (2) o alívio da dor devido à toma da medicação antes da realização do tratamento de feridas (em que existia dor referenciada pelo cliente aquando da realização do tratamento).

Na avaliação da dor na pessoa idosa verifiquei mais facilidade de utilização da escala qualitativa, seguida da numérica. A escala de faces-revista foi poucas vezes utilizada. Tive também oportunidade de utilizar a escala PACSLAC-PT, a qual de

grande utilidade e de fácil aplicação em idosos com capacidade limitada de comunicação.

Uma das dificuldades sentidas para a uniformização da avaliação e registo sistemático da dor na pessoa idosa, foi o facto de entre as três enfermeiras que prestam cuidados de forma contínua aos idosos, uma estar de férias todo o mês de dezembro e outra trabalhar em acumulação de funções, ou seja, com horário mais reduzido e quase sempre depois das 16h. Ainda assim, foram realizadas visitas domiciliárias com a enfermeira em horário de acumulação e com a enfermeira que substituiu a colega que esteve de férias em Dezembro, a qual desempenhando funções numa das extensões, atribuiu importância à avaliação e registo da dor na pessoa idosa, afirmando que não o faz de forma regular e que com os instrumentos disponibilizados seria mais fácil a sua implementação.

No mês de Janeiro, foi possível efetuar diversas visitas domiciliárias com as duas enfermeiras que de forma contínua prestam cuidados ao idosos e em menor quantidade com a colega em acumulação de funções, que desde logo revelou dificuldade em concretizar a avaliação e registo da dor na pessoa idosa, manifestando pouca disponibilidade pelo número elevado de utentes face a um horário mais reduzido. As duas enfermeiras com horário completo foram aderindo à avaliação da dor de forma gradual. Nas diversas visitas domiciliárias que fui acompanhando, verifiquei que as enfermeiras não levavam a ferramenta de bolso com as escalas e nenhum suporte de registo, o qual foi disponibilizado aquando da formação de 29 de Novembro e estava disponível também na pasta em suporte informático. Como tal criei uma pasta de registo da dor individualizada (Apêndice 7), que foi entregue no final do mês de Janeiro às 3 enfermeiras, como forma de motivar e facilitar a avaliação e registo da dor na pessoa idosa.

GARANTIR UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ADEQUADA AOS CLIENTES IDOSOS COM DOR CRÓNICA, ARTICULANDO COM A RESTANTE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Da equipa multidisciplinar da UCC fazem parte uma psicóloga e uma assistente social, em colaboração parcial. Não existe um médico em colaboração parcial ou afeto em permanência à UCC, ou seja, quando existe necessidade de articular com

o médico os enfermeiros têm que articular com o médico de família, quando este está atribuído. Esta carência médica tornou mais difícil a intervenção à pessoa idosa com dor, no que diz respeito à prescrição e gestão de fármacos para a dor, à referenciação e continuidade de cuidados.

A dificuldade de articulação com o médico e falta de clínicos assistentes, já enunciados pelos enfermeiros da UCC aquando do diagnóstico de situação, foi uma dificuldade por mim sentida e expressa pessoalmente em reunião com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora da UCC.

Como forma de envolver toda a equipa multidisciplinar da UCC, mas também os médicos de família e todos os profissionais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Saúde Familiar, foi realizada pela Grunenthal na pessoa da Dr.^a Rita Santos uma formação no dia 12 de Dezembro de 2012 intitulada “Dor crónica – avaliação e gestão; manuseio de fármacos”, na qual esteve também presente a Doutora Graça Carvalho da Silva (médica anestesiologista e médica da consulta da dor do CHO-Torres). Nesta formação tive oportunidade de fazer a introdução apresentando: (1) o objetivo da formação; (2) o projeto sobre a implementação da avaliação e registo da dor na pessoa idosa na UCC. Os formandos apresentaram-se também individualmente, o que foi uma mais-valia, pois estavam presentes elementos das várias unidades, extensões e Lares. Ao todo estiveram na sessão 25 formandos. A participação e interesse demonstrado pelos formandos foi positivo e o nº de formandos superou o esperado, o que se poderá justificar além do interesse pela temática, pelo convite que fiz pessoalmente para a formação, além do convite por *mail* dirigido a todas as equipas.

A articulação com a assistente social e psicóloga ao longo da intervenção não foi necessária, no entanto, estes profissionais trabalham em colaboração com a UCC, participando em reuniões e na resolução de casos de clientes da UCC, não se perspetivando portanto, dificuldades face à necessidade de articulação. Ainda assim foi-lhes apresentado a finalidade do projeto.

No que respeita à articulação com o médico e/ou encaminhamento para a consulta da dor de Torres Vedras existe o impresso de História da Dor (Apêndice 3). O critério de preenchimento da História da Dor parte da necessidade de encaminhamento da

pessoa idosa com dor crónica não controlada para o médico ou para a consulta da dor, ou seja, este instrumento não é para ser aplicado a todos os clientes.

Como forma de facilitar a articulação com a consulta da dor de Torres Vedras, no dia 14 de Fevereiro tive uma reunião com a Enfermeira Cristina Timóteo e Doutora Graça Carvalho da Silva, que disponibilizaram os dias e horas de consulta da dor e os respetivos contactos telefónicos. Foi também apresentado em linhas gerais a intervenção realizada na UCC ao nível da avaliação e registo da dor na pessoa idosa, mas também a folha de registo da história da dor, a utilizar no caso de articulação com a consulta da dor. O *feed-back* em relação ao registo da história da dor é que este facilita em muito a intervenção na consulta da dor e que seria uma mais-valia a sua utilização.

AVALIAÇÃO DO RESULTADO DAS ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS

Com o intuito de avaliar se as medidas implementadas tiveram sucesso ao nível da avaliação e registo da dor crónica na UCC – Lourinhã, como prática corrente, foi efetuada uma auditoria aos registos de 1 a 14 de Fevereiro (10 dias úteis), tendo sido analisados todos os utentes que cada enfermeiro seguiu e a avaliação da dor que fez dos mesmos. Neste período de tempo não tive qualquer intervenção ao nível dos cuidados no domicílio e os enfermeiros não tinham conhecimento que iriam ser analisados todos os registos de 1 a 14 de Fevereiro (dia 30 de Janeiro foram entregues as pastas individuais a cada enfermeiro de suporte ao registo e avaliação da dor).

No dia 15 de Fevereiro foi enviado para o mail dos enfermeiros da UCC o questionário final, que foi preenchido e posteriormente analisado (Apêndice 8).

No dia 19 de Fevereiro foram apresentados os resultados da Implementação da avaliação da dor na UCC-Lourinhã e Lares (Apêndice 9 – Diapositivos da Formação), tendo sido aplicado um questionário após a sessão para avaliação da mesma.

Apresentam-se em seguida os resultados das estratégias implementadas:

- A. Auditoria aos registos de dia 1 a 14 de Fevereiro.
- B. Questionário Final.

A. Auditoria aos registos de 1 a 14 de Fevereiro

As três enfermeiras que efetuaram domicílios seguiram de dia 1 a 14 de Fevereiro de 2013, 54 utentes dos quais 21 do género masculino e 33 do género feminino. Dos 54 utentes verificou-se que 49 eram idosos, ou seja, tinham idade igual ou superior a 65 anos, sendo 18 do género masculino e 31 do género feminino.

Dos 54 utentes a média de idades foi de 77,41 anos de idade, a idade máxima verificada de 95 anos e a idade mínima de 36 anos.

Dos utentes com avaliação de dor, 4 evidenciaram dor crónica (dor recorrente ou que persiste para lá de 3 meses).

De 32 utentes idosos (65,31%) a escala numérica foi utilizada em 1 utente (3,13%), a escala qualitativa em 5 utentes (15,63%) e o registo da escala utilizada omissa em 26 utentes (81,25%). Dentro do universo dos 49 utentes idosos (100%), a 17 utentes idosos (34,69%) não foi referida a escala utilizada, uma vez que as avaliações da dor revelaram que o utente não apresentava dor, não sendo registada por isso a escala utilizada.

Do total dos 49 utentes idosos a intensidade da dor foi referida em 27 (55,10%), na qual a intensidade máxima foi de 4 (dor moderada) e a intensidade mínima 0 (sem dor). Dos 27 utentes (55,10%) com dor registada: 17 (62,96%) tiveram intensidade 0 (sem dor); 4 (14,81%) tiveram intensidade máxima de 2 (dor ligeira); 2 (7,41%) intensidade máxima de 3 (dor moderada); 4 (14,81%) intensidade máxima de 4 (dor moderada). Portanto dos 27 utentes, 6 tiveram registo de dor moderada (22,22%).

No que respeita à caracterização da dor, dos 27 utentes (55,10%) com dor registada, 9 (33,33%) tiveram a dor registada corretamente, importando referir que quando o cliente se apresenta sem dor foi dada indicação da não obrigatoriedade de caracterizar a dor e registar a intervenção, a não ser que realizada. Contabilizando os utentes idosos aos quais não foi efetuado nenhum registo da intensidade da dor - 22 (44,90%) e adicionando os utentes com intensidade referenciada acima de 0, 10

utentes (20,41%), nos 32 utentes (65,31%), a caracterização da dor foi omissa em 26 (53,06%) do total dos 49 utentes idosos. Dos 10 utentes (20,41%) com intensidade acima de 0, em 4 (40%) a caracterização da dor esteve omissa.

Em relação à intervenção efetuada, dos 27 (55,10%) utentes com intensidade de dor registada, 10 deles (37,04 %) têm a intervenção registada completamente. Dos 32 utentes (65,31%) que não apresentam registo da intensidade da dor e com intensidade de dor acima de 0, a intervenção foi omissa em 27 utentes (55,10%) do total dos 49 utentes idosos. Dos 10 utentes (20,41%) com intensidade de dor acima de 0, em 5 (50%) a intervenção da dor esteve omissa.

Dos 27 utentes idosos com intensidade referida (55,10%), 5 deles (18,52%) tiveram alívio de dor auto-reportada, ou seja, aquando de novas avaliações tiveram diminuição do limiar (intensidade) de dor. Concluimos que dos 10 utentes com intensidade de dor registada acima de 0, em 5 deles (50%) as intervenções de enfermagem tiveram sucesso.

Na intervenção de 1 de Fevereiro a 14 de fevereiro foi registado o encaminhamento de um caso para o médico de família.

É importante referir que a colega que se encontra em acumulação de funções seguiu 19 utentes, dos quais 17 idosos e nos quais em apenas um foi realizada a avaliação da dor. Não importando discutir os motivos da fraca adesão, tanto da avaliação e registo da dor crónica, como da não presença nas três formações efetuadas, é de assinalar que estes fatores tiveram uma ponderação elevada no resultado da avaliação dos registos.

Importante também assinalar que de dia 1 a 14 de Fevereiro uma das colegas que se encontra em horário normal teve de efetuar turnos em duas extensões, o que de alguma forma subcarregou as outras colegas, dificultando com certeza a avaliação e registo da dor na pessoa idosa.

B. Questionário final

COMPARAÇÃO ENTRE A AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL

Comparando os resultados do questionário aplicado antes do início da intervenção e após a intervenção podemos analisar algumas alterações (tabela 2):

- Os enfermeiros dizem avaliar a dor por rotina na mesma ponderação que no questionário anterior, 2 quase sempre e 1 às vezes. A auditoria aos registos demonstra uma melhoria;
- Antes da intervenção 2 enfermeiros diziam utilizar escalas de avaliação da dor raramente e 1 quase sempre. De momento 2 referem utilizar quase sempre as escalas e 1 às vezes;
- Na terceira questão – valida com o cliente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor – verifica-se uma melhoria. De momento 1 enfermeiro diz realizá-lo às vezes, 1 quase sempre e 1 sempre;
- 2 Enfermeiros solicitam sempre a colaboração dos familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente. 1 Enfermeiro solícita às vezes. Anteriormente os enfermeiros solicitavam quase sempre;
- Na colaboração com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico 2 enfermeiros dizem fazê-lo às vezes (como anteriormente) e 1 sempre;
- Na avaliação das medidas e terapêutica instituída e seu registo, os 3 enfermeiros dizem fazê-lo às vezes. Anteriormente um referia fazê-lo quase sempre;
- 3 Enfermeiros dizem referenciar clientes para a unidade de dor às vezes;
- Na frequência de ações de formação, sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa, existiu uma melhoria franca. Antes, raramente para os 3 enfermeiros e após a intervenção, 1 frequenta às vezes e 2 quase sempre.

Tabela 2.

Resultados do Questionário da Auditoria Final Aplicado na UCC

	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		QUASE SEMPRE		SEMPRE	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
Avalia a dor por rotina					1	1	2	2		
Utiliza escalas de avaliação da dor			2			1	1	2		
Valida com o cliente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor			1		1	1	1	1		1
Solicita a colaboração de familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente						1	3			2
Colabora com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico					2	2	1			1
Utiliza estratégias não farmacológicas para o alívio da dor					2	2	1	1		
Avalia as medidas e/ou terapêutica instituída e efetua o registo					2	3	1			
Referencia clientes para Unidade de Dor					2	3	1			
Frequenta ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa			3			1		2		

A = Antes da Intervenção (Auditoria 0)

D = Depois da Intervenção (Auditoria Final)

Na pergunta de resposta aberta do questionário final - “Quais as dificuldades sentidas na implementação da avaliação e registo sistemático da dor no idoso? Quais os ganhos percecionados?”, as repostas foram:

- “Existe uma difícil exteriorização da dor por parte do idoso. Gostei de ter conhecimento acerca das várias tabelas da dor”;
- “A principal dificuldade foi na reorganização dos meus cuidados. Os registos são para mim um grande problema, por vários motivos: uma inadequação do SAPE, que implica registos repetidos. A falta de parametrização do mesmo sistema de registo é extremamente desmotivante, não em relação à avaliação da dor, mas do seu registo correto. A falta de uma equipa inter-disciplinar é outra dificuldade, que incide na intervenção e na prescrição do médico. O maior ganho foi a perceção do aumento da qualidade de vida dos utentes pelo controle da dor”;
- “As dificuldades sentidas não se referem propriamente à avaliação e registo da dor, mas sim à prescrição de terapêutica analgésica apropriada, uma vez que isso depende da parte médica. Ganhos percecionados: o registo sistemático da dor permitiu uma melhor avaliação da mesma, em todos os parâmetros, e também da eficácia da terapêutica instituída; em alguns utentes conseguiu-se uma diminuição significativa da intensidade da dor o que resultou numa melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Também permitiu uma melhor continuidade dos cuidados, uma vez que nem sempre são prestados pela mesma enfermeira; a articulação com o médico também é facilitada por apresentarmos registos completos da dor, o que faz com que a mesma seja mais valorizada”.

Analisando a pergunta de resposta aberta, verificamos que o registo no SAPE continua a ser uma dificuldade manifestada, existindo necessidade de otimizar a parametrização e evitar a duplicação de registos. A inexistência de uma equipa multidisciplinar efetiva e prescrição de terapêutica analgésica adequada são novamente sinalizados pelos enfermeiros. Como ganhos percecionados é referido que um registo adequado da dor permite uma melhor continuidade de cuidados de enfermagem, uma avaliação da eficácia da terapêutica instituída e uma articulação com o médico mais facilitada. O conhecimento de escalas para avaliar a dor, o

incremento da qualidade de vida e diminuição da intensidade da dor de clientes idosos foi também referenciado.

3.2.2 Lares

Conhecida a realidade da avaliação da dor crónica na pessoa idosa aos utentes da UCC (através da Auditoria 0), foi alargada a intervenção aos lares com a justificação de terem utentes em comum com a UCC. Foi então aplicado o mesmo questionário aos enfermeiros a desempenhar funções nos lares de modo a ser efetuado um diagnóstico de situação (Apêndice 5). Os lares com utentes em comum são 6: Atalaia, Cabeça Gorda, Reguengo Grande, Moita dos Ferreiros, Lourinhã e Marteleira. Ao todo desempenham funções nestes lares 7 enfermeiros, nos quais 1 com horário alargado. Apenas em um lar não foi possível aplicar o questionário inicial, por dificuldade no contacto com o enfermeiro, tendo-se efetuada toda a intervenção posterior, após contacto com o mesmo e conhecimento da sua intervenção no lar. Um dos fatores que facilitou a intervenção nos lares foi de uma das enfermeiras desempenhar funções na UCC – Lourinhã, outra enfermeira na Unidade de Saúde Familiar da Lourinhã e uma terceira enfermeira desempenhar funções de Chefia no Centro de Saúde da Lourinhã.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Dos resultados apresentados na tabela 3, referentes à primeira questão do questionário, com opções de resposta tipo Likert destacamos: (1) um enfermeiro raramente avalia a dor por rotina e três apenas às vezes; (2) dois enfermeiros nunca utilizam escalas para avaliar a dor e um utiliza raramente; (3) um enfermeiro nunca e um raramente, solicitam a colaboração de familiares e/ou cuidadores, para interpretar alterações de comportamento sugestivas de dor no cliente; (4) apenas um enfermeiro avalia sempre as medidas e/ou terapêutica instituída e efetua o registo; (5) quatro enfermeiros nunca referenciam clientes para a unidade de dor; (6) três

enfermeiros raramente e dois nunca frequentam ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa.

Tabela 3.

Resultados do Questionário da Auditoria 0 Aplicado nos Lares

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
Avalia a dor por rotina		1	3	2	
Utiliza escalas de avaliação da dor	2	1	2		1
Valida com o cliente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor		1	3	2	
Solicita a colaboração de familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente	1	1	1	2	1
Colabora com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico		1	2	2	1
Utiliza estratégias não farmacológicas para o alívio da dor		2	3	1	
Avalia as medidas e/ou terapêutica instituída e efetua o registo		3	2		1
Referencia clientes para Unidade de Dor	4	1		1	
Frequenta ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa	2	3		1	

As questões de resposta aberta foram respondidas pelos 6 enfermeiros. Para cada questão estão descritas as principais conclusões.

1ª QUESTÃO: Que importância atribui à avaliação e registo da dor, como 5º Sinal Vital, na pessoa idosa? Quais as dificuldades sentidas?

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR:

- A pessoa idosa aparentemente apresenta sempre queixas dolorosas, por variados motivos. Como tal, as escalas de avaliação de dor são elementos fundamentais para uma avaliação mais fidedigna;
- Sendo a dor um 5º Sinal Vital tem de ser avaliado e interpretado como tal;
- Quando a pessoa não está consciente ou com capacidade de nos verbalizar a sua dor, utiliza-se a Escala Dolloplus que nos fornece dados importantes sobre a dor na pessoa idosa e permite agir em conformidade, através de medicação ou de medidas não farmacológicas, isto é, posicionamentos, calor/frio, que são as medidas mais utilizadas. Nas pessoas conscientes e orientadas utiliza-se a escala numérica ou qualitativa;
- A avaliação, registo e tratamento da dor é de capital importância;
- Quando se faz a gestão da dor, podemos melhorar a qualidade de vida do idoso.

DIFICULDADES SENTIDAS:

- Por vezes a avaliação da dor no idoso é difícil, muitas vezes associada a demências ou alterações na temperatura, sensibilidade;
- Dificuldade em registar a avaliação da dor por falta de tempo e meios;
- Não é possível efetuar a avaliação e registo da dor devido ao número de utentes / horas efetuadas / número de cuidados de enfermagem prioritários executados;
- Utilização de escalas quando o idoso não está em condições de as entender ou de se manifestar através delas.

2ª QUESTÃO: Com vista à intervenção de enfermagem a pessoas idosas com dor, quais as suas necessidades de formação?

- Escalas de avaliação da dor existentes e como proceder à aplicação delas;
- Técnicas não farmacológicas para diminuir a intensidade da dor;
- Medicação, especialmente: associações medicamentosas, opióides e medicação adjuvante;
- Qualquer formação na área da dor contribui para fomentar o bem-estar do utente idoso;
- Ajuste terapêutico;
- Todas as áreas relacionadas com a dor;

- Conhecer estratégias de avaliação da dor quando não é possível a utilização de escalas.

INTERVENÇÃO NOS LARES

Com o objetivo geral de implementar boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, nos Lares com utentes em comum, foram realizadas diversas intervenções, que a seguir são apresentadas. Os objetivos específicos das intervenções são sobreponíveis aos apresentados para a UCC:

- Promover a reflexão e o debate na Equipa de Enfermagem sobre a importância da avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa;
- Uniformizar o processo de avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, envolvendo a Equipa de Enfermagem;
- Garantir as condições para uma intervenção de enfermagem adequada aos clientes idosos com dor crónica, articulando com a restante equipa multidisciplinar;
- Avaliar o resultado das estratégias implementadas.

PROMOVER A REFLEXÃO E O DEBATE NA EQUIPA DE ENFERMAGEM SOBRE A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

Da mesma forma que na Intervenção para a UCC, foi endereçado um convite aos enfermeiros e diretores técnicos dos Lares para duas formações, como forma de promover a reflexão e o debate sobre a importância da avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa. As formações foram: (1) “avaliação e registo da dor no idoso” de 29 de Novembro de 2012 e (2) “dor crónica: avaliação e gestão; manuseio de fármacos” de 12 de Dezembro. Estiveram presentes alguns enfermeiros e assistentes sociais dos Lares.

UNIFORMIZAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA, ENVOLVENDO A EQUIPA DE ENFERMAGEM E GARANTIR UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ADEQUADA, ARTICULANDO COM A RESTANTE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Por forma a uniformizar o processo de avaliação e registo sistemático da dor crónica na pessoa idosa, e garantir as condições para uma intervenção de enfermagem adequada e articulação com a equipe multidisciplinar, foi efetuada uma visita aos lares na qual falei pessoalmente com os enfermeiros sobre a realidade da avaliação e registo da dor na pessoa idosa. Disponibilizei uma pasta em suporte informático, que foi apresentada, constando da mesma uma folha de registo da avaliação da dor na pessoa idosa (Apêndice 2) e folha de registo da história da dor (Apêndice 3), entre outros documentos, já atrás referenciados. A folha de registo da avaliação da dor e da história da dor foi cedida com a indicação de os enfermeiros adaptarem à sua realidade e estando em suporte informático, foi-lhes dito que poderiam colocar o logotipo do Lar, tendo a oportunidade de anexar estas folhas de registo a cada um dos processos dos utentes, documentando toda a intervenção e facilitando uma articulação com a equipe multidisciplinar do lar. Aquando da visita aos lares foi também entregue o material disponibilizado pela Grunenthal e apresentada a escala PACSLAC-PT. Em todos os lares foi deixado o meu contato pessoal para o caso de existirem dúvidas na avaliação e registo da dor na pessoa idosa.

No Lar no qual a enfermeira desempenhava funções com horário alargado, foram feitas várias visitas, tendo sido realizada a avaliação da dor a uma cliente com capacidade limitada de comunicação, sugerida pela colega e na qual a colega esteve presente. Esta intervenção consta do estudo de caso A.

AVALIAÇÃO DO RESULTADO DAS ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS

Para avaliar o resultado das estratégias implementadas, foi enviado no dia 15 de Fevereiro um *mail* aos enfermeiros dos lares com um questionário final (Apêndice 8), que foi preenchido e posteriormente analisado.

No dia 19 de Fevereiro foram apresentados os resultados da implementação da avaliação da dor na UCC-Lourinhã e lares, tendo sido aplicado um questionário após

a sessão para avaliação da mesma, estando presentes apenas 2 enfermeiros dos lares (foi efetuada a divulgação atempada a todos os enfermeiros dos lares).

A tabela 4, evidência os resultados das questões de resposta tipo Likert, do questionário de auditoria final aplicada aos enfermeiros dos lares. Podemos verificar, que responderam todos os enfermeiros dos lares e portanto mais um que na aplicação do questionário inicial. As principais melhorias evidenciadas são: (1) utilização das escalas da avaliação da dor; (2) referenciação de clientes para a unidade de dor e; (3) frequência de ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa. Os restantes parâmetros mantêm-se muito semelhantes. Podemos concluir que: 5 enfermeiros não avaliam a dor por rotina; 2 enfermeiros nunca utilizam escalas para avaliar a dor e 2 raramente utilizam; 1 enfermeiro nunca caracteriza a dor; 1 enfermeiro nunca e 1 raramente solicita a colaboração de familiares e/ou cuidadores para interpretação de alterações de comportamento indicativos de dor no cliente; 2 enfermeiros raramente colaboram com os restantes elementos da equipa multidisciplinar para estabelecer um plano terapêutico; 1 enfermeiro nunca utiliza estratégias não farmacológicas para alívio da dor e outro raramente; 1 enfermeiro nunca e 4 raramente avaliam as medidas e/ou terapêutica instituída e efetuam o registo; 4 enfermeiros nunca e 1 raramente referencia clientes para a unidade da dor; 2 enfermeiros nunca e 1 raramente frequentam ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa.

Tabela 4.***Resultados do Questionário da Auditoria Final Aplicado nos Lares***

	NUNCA		RARAMENTE		ÀS VEZES		QUASE SEMPRE		SEMPRE	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
Avalia a dor por rotina		1	1	1	3	3	2	2		
Utiliza escalas de avaliação da dor	2	1	1	2	2	2		2	1	
Valida com o cliente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, fatores de alívio e agravamento da dor		1	1		3	4	2	2		
Solicita a colaboração de familiares e/ou cuidadores para a interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor no cliente	1	1	1	1	1	4	2	1	1	
Colabora com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico			1	2	2	3	2	1	1	1
Utiliza estratégias não farmacológicas para o alívio da dor		1	2	1	3	4	1	1		
Avalia as medidas e/ou terapêutica instituída e efetua o registo		1	3	4	2			1	1	1
Referencia clientes para Unidade de Dor	4	2	1	4			1	1		
Frequenta ações de formação sobre avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa	2	2	3	1		3	1	1		

A = Antes da Intervenção (Auditoria 0)**D** = Depois da Intervenção (Auditoria Final)

Na questão de resposta aberta - “quais as dificuldades sentidas na implementação da avaliação e registo sistemático da dor no idoso? Quais os ganhos percecionados?”, as respostas foram:

DIFICULDADES SENTIDAS

- “Falta de tempo”;
- “A dificuldade é mais no registo, pois pergunta-se, efetuam-se medidas e depois não se realiza o registo de modo adequado”;
- “Falta de tempo para implementar de forma mais consistente a avaliação da dor”;
- “O tempo disponível para as atividades não permite a respetiva implementação”;
- “As dificuldades sentidas não se referem propriamente à avaliação e registo da dor, mas sim à prescrição de terapêutica analgésica apropriada, uma vez que isso depende da parte médica”;
- “Por vezes não se torna fácil fazer a avaliação, porque tenho cerca de 45 utentes em lar e apesar de ser um trabalho diário, nem sempre tenho muito tempo disponível. No entanto, apesar de não ter feito o registo de avaliação de dor em papel, pergunto sempre aos utentes como estão, se as medidas farmacológicas e não-farmacológicas têm surtido efeito para saber se é necessário fazer alterações”;
- “As maiores dificuldades são devido a serem muito idosos, com demências muito acentuadas, dificuldades na comunicação e perceção do idoso face as questões que lhe são colocadas”.

GANHOS PERCECIONADOS

- “Relembrar e consolidar conhecimentos já adquiridos; alargamento de conhecimentos e técnicas no controlo/alívio da dor no utente idoso; recursos e seguimentos do utente idoso com dor crónica (instituições/ consulta) ”;
- “Melhor qualidade de vida da pessoa idosa; com a tua intervenção nos diversos locais, foi possível haver uma troca de informação e até abordagem a novos conhecimentos sobre a avaliação e registo da dor, pois está sempre a haver evolução das escalas, de tratamentos sobre a dor. A tua vinda permitiu reforçar e alertar para a importância da avaliação e registo da dor. Está estipulado a dor como 5º sinal vital e esta ainda não é muito vista como tal”;

- “Considero que as ferramentas disponibilizadas foram uma mais-valia, que vai facilitar o trabalho do enfermeiro e ao mesmo tempo permitir uma avaliação mais eficaz da dor nos idosos que são um grupo em que nem sempre é fácil efetuar esta avaliação. As grelhas de registo e a escala comportamental vão permitir melhorar a avaliação e os registos nesta área, bem como garantir a continuidade dos cuidados”;
- “Diminuição da intensidade da dor em alguns utentes. Melhor continuidade dos cuidados. A articulação com o médico fica mais facilitada”;
- “O facto de ter participado na formação foi uma mais-valia no sentido de alertar para determinados fatores importantes na avaliação da dor nos utentes. Vou tentar implementar essa avaliação o mais breve possível”.

Analisando as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros dos lares na implementação da avaliação e registo da dor na pessoa idosa, verificamos que a falta de tempo é a mais referenciada. São também apontadas: a prescrição correta de terapêutica; registar a avaliação da dor e medidas implementadas (quando realizadas); dificuldades de avaliação da dor na pessoa idosa pela presença de idade avançada, dificuldades de comunicação e perceção, presença de demências. Na intervenção nos lares verificaram-se ganhos percecionados pelos enfermeiros: incremento e consolidação de conhecimentos; partilha de realidades; material disponibilizado que permitiu melhorar toda avaliação e registo, garantindo a continuidade de cuidados; diminuição da intensidade da dor em alguns utentes e aumento da qualidade de vida; alerta para a avaliação da dor como 5º Sinal Vital.

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA DOR NA UCC LOURINHÃ E LARES”

A avaliação da sessão do dia 19 de fevereiro efetuada pelos formandos, em que foram apresentados os resultados da implementação da avaliação da dor na UCC-Lourinhã e lares, foi muito positiva. Como aspeto menos positivo a referir, a pouca adesão à formação (apenas cinco elementos), apesar da divulgação atempada e

convite pessoal às equipas e pessoas envolvidas no projeto. Os comentários e sugestões de melhoria apresentados pelos formandos são os que a seguir se apresentam:

- “Continua a investir nesta área, principalmente para motivar os colegas a avaliar a dor”;
- “A avaliação que fiz penso que diz tudo. Foi excecional. E foi com muito agrado que verifiquei na equipa que integro que a dor está de facto a ser considerada o 5º sinal vital. Obrigado.”

4. COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA – AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

Segundo o REPE enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (O.E, 2012, p.15).

Por seu lado o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista descreve que especialista é o enfermeiro com um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a, p.2).

Da análise das competências que possuía com vista à avaliação da dor crónica na pessoa idosa antes dos estágios, constatei que tinha alguma experiência de avaliação da dor, em resultado do desempenho de funções no serviço de medicina CHON-Peniche no qual está implementada a avaliação da dor como 5º Sinal Vital há cerca de 4 anos. Apesar desta relativa experiência, verifiquei que não caracterizava e registava a dor e as intervenções realizadas de forma correta e com regularidade, tendo também dificuldade na avaliação da dor em pessoas idosas com capacidade limitada na comunicação. O conhecimento na área da dor também ele superficial e pouco sustentado.

Com o percurso percorrido penso ter incrementado o conhecimento na área da dor e através da teoria e de prática reflexiva, estar mais capacitado para realizar a avaliação e registo da dor na pessoa idosa, de forma sistemática. Os estágios permitiram não só desenvolver conhecimentos, mas também habilidades de liderança na condução de um projeto.

No que respeita a formações foi possível realizar duas formações no Centro de Saúde da Lourinhã (Anexo 6 e 7 – declarações como formador) e assistir a uma formação sobre avaliação e gestão da dor crónica e manuseio de fármacos (Anexo 8 – declaração de presença). Participei também nas 20^{as} Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta (Anexo 9 – declaração de presença).

Foi possível implementar a avaliação e registo da dor crónica na UCC – Lourinhã e em alguns Lares, disponibilizando ferramentas de avaliação e registo da dor, suporte teórico fundamental e instrumento de registo para continuidade de cuidados e/ou referenciação.

No centro de saúde da Lourinhã e embora não previamente programado, foi possível alargar a formação para os profissionais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, extensões e Unidade de Saúde Familiar, o que permitiu com certeza a melhoria da abordagem da dor à pessoa idosa nestas equipas. A estas equipas foram também disponibilizados ferramentas para avaliação da dor à pessoa idosa e suporte teórico e de registo.

Com a intervenção efetuada, alertei também para a necessidade de uma melhor articulação com os clínicos e para a necessidade e importância dos indicadores de resultado, no que à gestão da dor diz respeito. Neste último ponto, tive oportunidade na divulgação dos resultados da implementação do projeto, de apresentar alguns indicadores de resultado, disponibilizando à equipa da UCC, uma base de dados em suporte EXCEL, com todos os dados referentes aos utentes acompanhados de 1 a 14 de Fevereiro, passível de ser continuado.

Outro dos ganhos conseguidos foi a presença da médica da Consulta da Dor na formação no centro de saúde e através de uma reunião na consulta da dor no CHO-Torres a disponibilização dos contactos privilegiados e horários de atendimento da consulta da dor, para além da apresentação realizada por mim do instrumento história da dor para referenciação/encaminhamento.

A meu ver a intervenção foi positiva, permitindo uma melhoria na qualidade de cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa com dor crónica e o alívio da dor em diversos clientes idosos. Neste momento a Equipa de Enfermagem tem ao seu dispor o conhecimento e as ferramentas necessárias para dar continuidade à

avaliação e registo sistemático da dor na pessoa idosa, para referenciar os clientes para o médico/consulta da dor e para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. Tem também ao seu dispor vários indicadores de resultado, como exemplo: (1) número de clientes idosos com alívio de dor auto-reportado; (2) número de clientes idosos referenciados a outros membros da equipa multidisciplinar; (3) número de clientes idosos referenciados para a Consulta da dor/Unidade da Dor; (4) número de clientes idosos com melhoria na perceção do seu estado de saúde (evidenciado pela melhoria dos indicadores da Escala SF12V2); (5) número de clientes idosos com melhoria na dependência nas atividades de vida diária (evidenciado pela melhoria dos indicadores do Índice de Barthel).

Enquadrado nos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (O.E, 2010a) - (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão de cuidados e (4) desenvolvimento de aprendizagens profissionais - saliento como competências importantes para a realização deste projeto:

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No desenho de toda a intervenção tive em apreciação como quadro conceptual o Modelo dos Sistemas de Neuman. Este Modelo engloba o Holismo, uma orientação para o bem-estar, a perceção do cliente e motivação, e uma perspetiva de sistemas de energia dinâmicos e interação com o meio ambiente variável, para mitigar os possíveis danos das agressões internas e externas, enquanto cuidadores e clientes

formam uma relação de parceria para negociar as metas de resultado desejados para a retenção, restauração e manutenção de uma ótima saúde (Neuman, 2011).

Por ser um modelo tão amplamente aceite, com uma abordagem holística, muito usado na enfermagem de saúde pública e comunitária, na investigação e ensino, com uma base filosófica orientada para o bem-estar, com uma relação de parceria com o cliente para negociar as metas de resultado, pareceu-me ser muito adequado para promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na qual toda equipa multidisciplinar deve direccionar a sua ação para o bem-estar do cliente, independentemente da tipologia de intervenção, primária, secundária ou terciária.

O interesse pela temática da dor crónica na pessoa idosa e a necessidade de promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, permitiram tornar o estágio muito enriquecedor e útil para a prática de cuidados.

O contexto de prestação de cuidados na comunidade foi muito útil, pela necessidade de sair da minha área de conforto que é o hospital. Foi uma experiência em que verifiquei a grande autonomia que o enfermeiro tem na prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, em que sobressaem as intervenções autónomas e na qual o enfermeiro tem necessariamente de trabalhar em parceria com o cliente e família, para a obtenção de resultados em saúde. A articulação eficaz com a equipa multidisciplinar é também fundamental para dar resposta às necessidades dos clientes.

5. LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Como limitações à implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, na UCC-Lourinhã e lares destaco:

- Na UCC - a falta de recursos de enfermagem; inexistência de médico de referência para encaminhamento de clientes que não têm médico de família; inadequada parametrização do SAPE e impossibilidade do mesmo criar indicadores em tempo real; a impossibilidade de ter indicadores de toda a intervenção na UCC; a necessidade de formação em medidas não farmacológicas para o tratamento da dor; o facto de não ter formação e experiência com o SAPE;
- Nos lares – dificuldade em entrar em contacto com alguns enfermeiros; dificuldade em acompanhar de perto a avaliação e registo da dor na pessoa idosa.

Como perspetivas futuras e tendo em conta que solicitei mobilidade para o Agrupamento de Centros de Saúde Oeste II (ACES Oeste Sul), assinalo:

- Contribuir para a uniformização da avaliação e registo da dor no ACES Oeste Sul, através da criação de um grupo de trabalho com vários elementos de enfermagem e considerando a abordagem a grupos com maior especificidade, como as crianças, idosos e clientes com doença oncológica;
- Incrementar os conhecimentos de cuidados de enfermagem paliativos;
- Contribuir para o estabelecimento de uma articulação efetiva com a equipa multidisciplinar;
- Contribuir para o estabelecimento de uma articulação efetiva entre a equipa multidisciplinar e a Consulta da Dor;
- Contribuir para a avaliação e registo da dor na pessoa idosa nos lares, como prática corrente;
- Contribuir para uma articulação efetiva dos lares com o ACES Oeste Sul e Consulta da Dor;
- Investir na área da dor, principalmente em intervenções de enfermagem a pessoas com capacidade limitada de comunicação;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da dor crónica na pessoa idosa revela-se de grande importância, pois existe e tem consequências nefastas para o idoso, familiares e cuidadores. É subvalorizada e subtratada por muitos profissionais de saúde, prejudicando o bem-estar e qualidade de vida do idoso. A dor crónica na pessoa idosa, entre outras consequências, pode determinar depressão, alterações no sono e na marcha, diminuição da capacidade funcional, maior risco de polimedicação, maiores custos de saúde e consumo de serviços desnecessários.

Para uma gestão eficaz da dor na pessoa idosa, a avaliação e registo da dor é fundamental, tendo os enfermeiros uma grande responsabilidade na implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital. A equipa multidisciplinar deve funcionar em conjunto, de forma coordenada e em parceria com o cliente e família cuidadora, no estabelecimento de um plano terapêutico que possibilite o maior alívio de dor possível.

A implementação da avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa na UCC-Lourinhã teve resultados positivos, tendo o estágio na UMD de Santa Maria sido determinante para a consecução dos objetivos. O ambiente da UCC foi favorável à implementação e realização do estágio, sendo possível: criar uma dinâmica de avaliação e registo da dor crónica no idoso; disponibilizar material de avaliação e registo da dor; disponibilizar um instrumento de referência para o médico de família ou médico assistente e consulta da dor; disponibilizar literatura pertinente para uma adequada gestão de dor. A equipa de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a Unidade de Saúde Familiar da Lourinhã tiveram também oportunidade de assistir à formação “dor crónica – avaliação e gestão; manuseio de fármacos”, tendo sido também entregue diverso material para uma adequada gestão da dor e apresentado o projeto.

Nos lares foi difícil o acompanhamento continuado para a implementação da avaliação e registo da dor crónica na pessoa idosa, no entanto, os colegas dentro das suas disponibilidades, beneficiaram também das 3 formações e de todo o

material entregue, assim como das ferramentas de registo e de continuidade de cuidados (história da dor).

Em termos pessoais penso ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista e crescido pessoal/profissionalmente. Tive oportunidade de ter uma experiência hospitalar diferenciada na área da dor e uma experiência na comunidade, o que foi muito gratificante.

Os resultados atingidos, o *feed-back* de todos os profissionais envolvidos, o alívio da dor proporcionado a muitos clientes idosos, a escala comportamental utilizada e ferramentas de registos criadas, a disponibilidade dos contatos da consulta da dor do CHO-Torres Vedras, fazem-me crer que a intervenção valeu a pena, estando criadas as condições para uma gestão efetiva da dor crónica na pessoa idosa.

Como resultado de toda a intervenção efetuada, foi possível promover a prestação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGS (2002). *The management of persistente pain in older persons*. Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 50 (6), 205-S224. Acedido em: 20-7-2012. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2002_persistent_pain_guideline.pdf
- AGS (2009). *Pharmacological Management of persistente pain in older persons*. The American Geriatrics Society, 57 (8), 1331-1341. Acedido em: 21-7-2012. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinariedade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Baumann, S. (2009). A nursing approach to pain in older adults. *MEDSURG Nursing*. Vol. 18 (2). 77-92.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P, Romão, J & Paiva, M.L.M. (2010). A Dor Crónica em Portugal, 1-12.
- CNOD (2010). *Estado da Arte do Ensino em Portugal. Relatório Final Maio 2010*. 28pp.
- DECLARAÇÃO DE MONTREAL (2010). *Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right*. Acedido em: 16-6-2012. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationOfMontreal.pdf>
- DGS (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Circular Normativa nº9 de 14/06/2003. 4 pp. Acedido em: Abril de 2012. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf

- DGS (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa nº 11 de 18/6/08. 16 pp. Acedido em: março de 2012. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Orientação nº 015/2010. 17 pp. Acedido em: março 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (4.2 Objetivo para o sistema de saúde – promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida)*. Acedido: Julho 2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS2.pdf>
- Dodla, S. & Lyons, W. L. (2006). Chronic pain in later life. *American Society on Aging*. P. 77- 82.
- Ferreira, P.L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I- Adaptação Cultural e linguística. *Acta Med Port*.13 (1-2):55-56.
- Godinho, N (2012). Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA. Acedido em: Fevereiro de 2013. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/5C89A048-9601-4EB4-BB7F-DBB9CFEBE4A7/3730/APAGuia_2012_vf.pdf
- Gouveia, M. e Augusto, M. (2011). Custos indiretos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29 (2). P 100-107.
- Hadjistavropoulos, T., Fitzgerald, T. D., & Marchildon, G. P. (2010). Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 62(2), 104–113. doi:10.3138/physio.62.2.104
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing: official*

journal of the American Society of Pain Management Nurses, 7(2), 44–52.
doi:10.1016/j.pmn.2006.02.003

Horgas, A. L. (2007). *Assessing pain in older adults with dementia*. Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing and Alzheimer's Association. Acedido em: Maio de 2012. Disponível em: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_d2.pdf

IASP (2011). IASP Taxonomy. Acedido em 9-5-2013. Disponível em: <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

ICSI (2011). Assessment and Management of Chronic Pain. Acedido a 17-3-2013. Disponível em: https://www.icsi.org/_asset/4kkxom/ChronicPainES.pdf

INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0148-2.

INE e INSA (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. 1-12. Acedido em: Julho de 2012. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jansen, M.P. (2008). *Managing Pain in The Older People Adult*. New York: Springer Publishing Company.

Kopf, A. & Patel, N, B, (2010). *Guia para o tratamento da Dor em Contextos de poucos recursos*. Associação Internacional para o estudo da dor (IASP). 418 pp.

Kopf, A. (2010). Dor na velhice e demência. In: KOPF, Andreas & PATEL, Nilesh B. *Guia para o tratamento da Dore m Contextos de poucos recursos*. Associação Internacional para o estudo da dor (IASP).p.291-298.

- Mendes, S. P. (2009). *Avaliação do estado subjetivo de saúde: utilização de questões singulares por diferentes modos de administração*. Porto. Dissertação de Mestrado. Apresentada à Universidade do Porto.
- MS (2008). *Missão para os cuidados de saúde primários. Agrupamento de Centros de Saúde. Unidades de Cuidados na Comunidade*. Acedido em Julho de 2012. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/UCC_TEXTO.pdf.
- Neuman, B. & Fawcett, J (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.). United States of America: Pearson Education.
- NGC (2011). *Assessment and management of chronic pain*. 1-26. Acedido em: 17-1-2013. Disponível em: <http://guideline.gov/content.aspx?id=36064&search=assessment+chronic+pain>
- Nunes, L (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-1-3.
- O.E (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- OE (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em: Junho de 2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- O.E (2010b). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-9-9.

- O.E (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Junho de 2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Patel, N. B. (2010). Fisiologia da dor. In: KOPF, Andreas & PATEL, Nilesh B. (2010). *Guia para o tratamento da Dore m Contextos de poucos recursos*. Associação Internacional para o estudo da dor (IASP).p.9-13.
- Petronilho, F.A.S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (2013). <http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36> Acedido em 2013/1/3.
- RNAO. (2007). Assessment and Management of Pain in the Elderly Assessment and Management of Pain, (May).
- Rodrigues, G., Winck, J.C. & Almeida, J. (2002). Avaliação sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 8 (6), 645-653.
- Santos, R., Castro-Caldas, A. & Hadjistavropoulos, T.(2012). Adaptação Cultural e Validação da Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) para a População Portuguesa. *Dor*. 20 (1), 5-10.
- Schuler, M., Njoo, N., Hestermann, M., Oster, P., & Hauer, K. (2004). Acute and chronic pain in geriatrics: clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Medicine*. 5 (3), 253-262.
- Traue, H. C., Jerb-Bretzke, L., Pfi ngsten, M. & Hrabal, V. (2010). Fatores Psicológicos na dor crónica. In: KOPF, A. & PATEL, N. B. *Guia para o tratamento da Dor e m Contextos de poucos recursos*. Associação Internacional para o estudo da dor (IASP).p.14-22.

Witte, W. & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões atuais. In: KOPF, A. & PATEL, N. B. (2010). *Guia para o tratamento da Dor em Contextos de poucos recursos*. Associação Internacional para o estudo da dor (IASP).p.1-5.

Wittink, H, M., Rogers, W, H, Lipman, A, G, McCarberg, B, H, Ashburn, M, A, Oderda, G, M, & Carr, D,B (2006). Older and younger adults in Pain Management Programs in the United States: differences and similarities. *Pain Medicine*. 7 (2). P. 151-163.

ANEXOS

**Anexo 1 – Autorização de Estágio na UMD do
Centro Hospitalar Lisboa Norte**

**Anexo 2 – Autorização de Estágio na UCC da
Lourinhã**

Anexo 3 – Questionário de Estado de Saúde

SF-12v2

Anexo 4 – Apreciação de Estágio na UMD

Anexo 5 – Escala PACSLAC-PT

**Anexo 6 – Declaração de formação na sessão:
“avaliação e registo da dor no idoso”**

**Anexo 7 – Declaração de formação na sessão:
“resultados da implementação da avaliação da
dor na UCC-Lourinhã e lares”**

**Anexo 8 – Declaração de Formação na sessão:
“dor crónica – avaliação e gestão; manuseio de
fármacos”**

**Anexo 9 – Certificado de Presença nas Jornadas
do Hospital Garcia de Orta**

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Diapositivos da formação “escalas de
avaliação da dor no idoso”**

Apêndice 2 – Impresso de registo de avaliação da dor

Apêndice 3 – Impresso da história da dor

**Apêndice 4 – Grelha de avaliação aos registos
da Auditoria 0 na UCC**

**Apêndice 5 – Questionário da auditoria 0 aplicada
na UCC e Lares**

**Apêndice 6 – Diapositivos da formação “avaliação e
registro da dor no Idoso”**

**Apêndice 7 – Pasta Individualizada para registo de
avaliação da dor nas visitas domiciliárias e impresso de registo**

Apêndice 8 – Questionário final aplicado na UCC e Lares

Apêndice 9 – Diapositivos da formação “resultados da implementação da avaliação da dor na UCC- Lourinhã e Lares”

Apêndice 10 – Estudo de caso A

Apêndice 11 – Estudo de Caso B